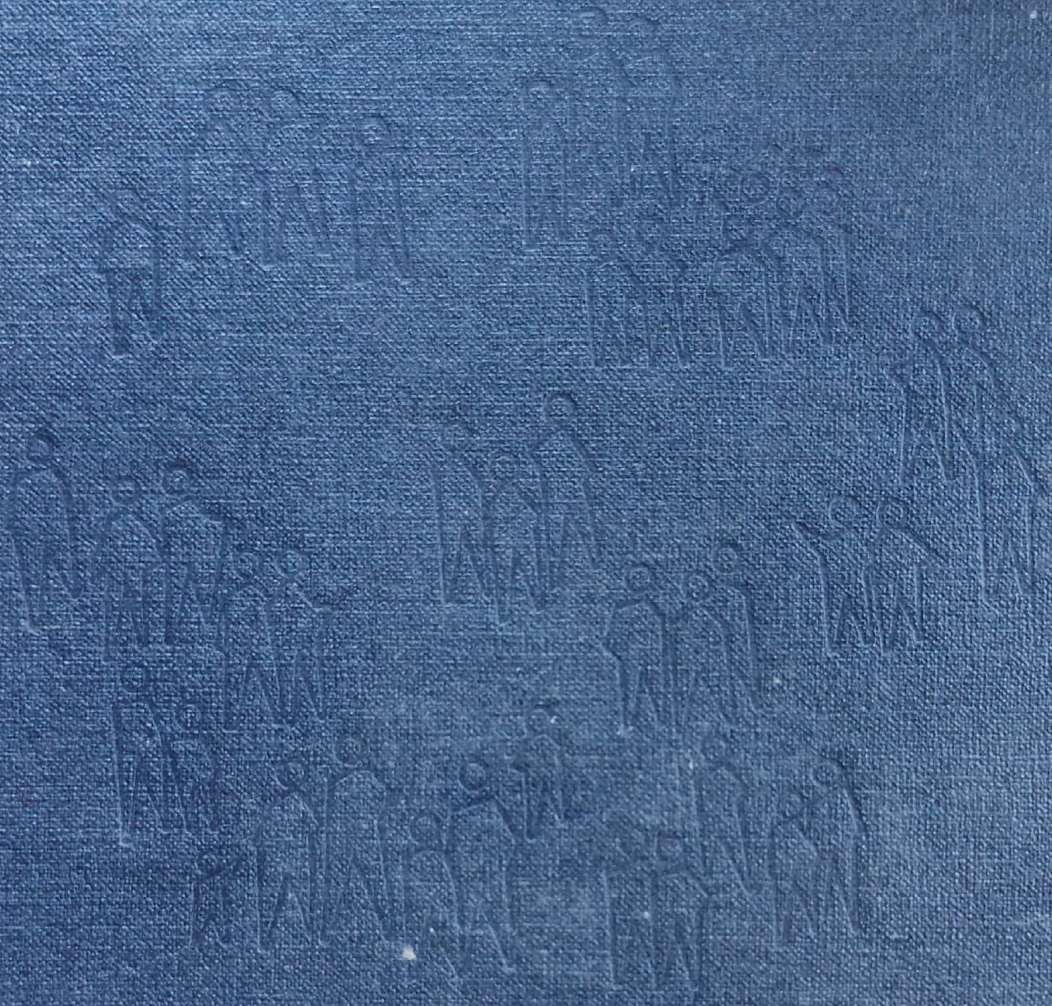
GRIGORE GR. POPESCU SORIN M. RĂDULESCU



# MEDICINA ȘI COLECTIVITĂȚILE UMANE

EDITURA MEDICALĂ

GRIGORE GR. POPESCU
Profesor universitar I.M.F. Bucureşti
Doctor în ştiinţe medicale
Medic primar

SORIN M. RĂDULESCU
Doctor în filozofie-sociolog
Universitatea Bucureşti

# MEDICINA ŞI COLECTIVITĂŢILE UMANE

ediţia a II-a revizuită şi adăugită
a lucrării
„Sociologia medicinei"

Editura medicală — Bucureşti, 1981

Scanned with OKEN Scanner

## MOTTO

Temelia sistemului medical depinde de medicii de medicină generală care deţin poziţia cheie în lupta împotriva bolii şi ar fi greu de a găsi pe cineva mai corespunzător în locul lor. Ei îndeplinesc rolul de medici de bază (ai omului integral), de familie, colectivitate, mediu, pun primul diagnostic, fac tratament preventiv-profiactic-curativ, identifică şi limitează factorii de risc din mediul social nemijlocit al colectivităţilor umane cărora le asigură asistenţa medicală de bază.

Dacă această temelie (medicii de medicină generală) este şubredă, se clatină edificiul serviciului medico-sanitar.

●

Medicina de azi este conjugarea disciplinelor învecinate, iar aplicarea teoriilor preventive în practică este cea mai necesară medicină.

●

Este mult mai ieftin şi mai raţional să prevenim o boală decît să o vindecăm

●

A preveni boala şi a menţine sănătatea colectivităţilor umane înseamnă a contribui la ordinea socială şi economică.

**Autorii**



Scanned with OKEN Scanner

# CUVÎNT ÎNAINTE

Trebuie să se acorde atenție principală prevenirii bolilor, apărării sănătății, nu intervenției după ce omul s-a îmbolnăvit, cînd uneori nu mai e nimic de făcut.

Desigur, pacienții trebuie tratați, dar medicina trebuie să acționeze în primul rînd pentru a preveni îmbolnăvirea și trebuie să acordăm atenția centrală acestei activități, inclusiv în domeniul învățămîntului și cercetării.

**N. CEAUȘESCU**

*Universalitatea condițiilor și a factorilor sociali în biologia și patologia omului, precum și importanța pe care le-am acordat-o totdeauna, justifică prezentarea acestui scurt cuvînt introductiv.*

*În prefața la prima ediție a Sociologiei medicinei, am subliniat însemnătatea ei teoretică și practică, datorită cuprinderii problemelor sociale ale „culturii sănătății", concepută în sensul ei cel mai larg. Am arătat în același timp, măsura în care tratatul reușește să fie informativ și în egală măsură formativ prin integrarea bio-psiho-socială a sănătății și bolii, în teoria și practica medicinei contemporane.*

*Au trecut de-atunci aproape patru ani, perioadă în care lucrarea a găsit o largă audiență din partea medicilor și nu mai puțin a sociologilor, psihologilor și antropologilor. Datorită calității deosebite a tratării problemelor și creșterii accentului social în organizarea și dinamica medicinei moderne, tratatul a beneficiat și de o apreciere internațională pe deplin justificată.*

*Elaborarea unei noi ediții s-a impus prin faptul că, de la prima apariție, au avut loc modificări organizatorice și tehnice în medicină. În țara noastră, noua lege sanitară a oferit elemente noi în orientarea activității sociale a medicilor. Este deci evidentă necesitatea unei documentări corespunzătoare în problemele sociale ale practicii medico-sanitare. S-au impus în consecință abordarea de noi domenii din medicina preventivă a colectivităților umane și analiza corespunzătoare a raporturilor dintre diferite componente ale sistemului socio-medical.*

*Adoptarea planului național unic de cercetare în științele medicale din țara noastră a impus de asemenea revizuirea direcțiilor de investigare în sociologia medicinei și extinderea indicatorilor sănătății, cu includerea de noi probleme de interes științific și practic. La rîndul lor, schimbările rapide și complexe în tehnologia medicală contemporană și implicațiile revoluției tehnico-științifice au necesitat includerea de noi capitole și revizuirea celor vechi.*

*Pe de altă parte, realizarea în ultimii ani, a unor studii comparative la nivel zonal și internațional a impus includerea rezultatelor și datelor*



Scanned with OKEN Scanner

*obținute, oferind și în acest fel, noi perspective în sociologia medicinei din țara noastră, care a dobîndit prestigiu internațional în confruntările științifice (teoretice și metodologice), bucurîndu-se de o recunoaștere unanimă în rîndul unor mari personalități din domeniul medical și social.*

*Nu mai puțin, a contribuit la aceste „deschideri" și confruntarea rezultatelor investigațiilor din manifestările științifice naționale și internaționale, fenomen reflectat și în modul de abordare al conceptelor.*

*Elaborată cu rigoarea științifică necesară și nu rareori critic și polemic, folosind o amplă bibliografie de specialitate, noua ediție a lucrării, al cărei titlu prezintă sugestiv mutațiile în orientarea socială a medicinei, este o deosebită realizare în medicina românească. Calitatea ei este asigurată de cei doi autori, specialiști consacrați în sociologia medicinei pe plan național și internațional.*

*Sînt convins că noua ediție a Sociologiei medicinei va fi primită cu interesul și aprecierea pe care o merită, datorită contribuției la o mai bună și corectă cunoaștere și înțelegere a problemelor sociale ale medicinei contemporane, atît de frecvent ignorate sau minimalizate.*

Acad. ȘTEFAN MILCU

Noiembrie, 1979



Scanned with OKEN Scanner

# PREFAȚĂ

A devenit o banalitate faptul de a cita mereu afirmația lui Virchow, potrivit căreia medicina este o știință socială, ca și cum acest lucru ar reprezenta o mare descoperire, o revelație, o intuiție. Necesitatea acestei „redescoperiri" este creată de faptul că aspectele sociale ale bolii și îngrijirii sănătății au fost eclipsate prea multă vreme de progresele cu adevărat impresionante ale medicinei ca știință fizică sau naturală. Fără îndoială că accentul exagerat pus pe medicină ca știință aplicată a condus la îngrijorarea actuală cu privire la direcțiile spre care se îndreaptă medicina și sistemul sanitar, precum și la o îndoială crescîndă, dacă nu la scepticism, în ceea ce privește înțelepciunea și viabilitatea acestei abordări în confruntarea cu necesitățile de sănătate și bunăstare ale populației din societățile noastre industrializate și urbanizate.

Abordarea științifică a stărilor patologice, care s-a dezvoltat în secolul al XVIII-lea și mai cu seamă în al XIX-lea, a ajuns la apogeu în secolul al XX-lea și, în modul cel mai impresionant, după al doile război mondial. Paradigma promovată de această evoluție este destul de simplă, atrăgătoare și înșelător de sedu-

# FORWARD

It has by now become a cliché to quote, time and again, Virchow to the effect that medicine is a social science, as if this were a great discovery, a revelation, an insight. The need for this „rediscovery" is prompted by the fact that the social aspects of illness and health care have tended to be eclipsed, far too long, by the truly impressive advances of medicine as a physical or natural science. There is little doubt that the emphasis (or over-emphasis) on medicine as an applied science has led to the current malaise about the directions in which medicine and the health system are going, and increased questioning, if not skepticism, about the wisdom and viability of that approach in coming to grips with the health needs and the well-being of the population in our industrialized and urbanized societies.

The scientific approach to pathological states, which developed in the XVIII-th and particularly in the XIX-th centuries, reached its apogee in the XX-th century, most impressively after the Second World War. The paradigm that this development fostered was simple enough, attractive and deceptively seductive: that disease, any disease, could be



Scanned with OKEN Scanner

cătoare: şi anume, că o anumită boală sau orice boală poate fi studiată şi definită în termeni ştiinţifici, obiectivi şi pozitivişti ; că etiologia oricărei boli poate fi stabilită dacă există suficientă hotărîre, personal şi mijloace financiare; şi că remediile corespunzătoare, forţele „magice", care să neutralizeze şi să elimine agenţii dăunători, pot şi vor fi descoperite şi că sănătatea poate fi restabilită. Scenariul era simplu şi optimist şi, desigur, realizările şi cuceririle din trecut ne determinau să credem că toate problemele pot şi vor fi pînă la urmă rezolvate. Totul se reducea la o problemă de aplicare a raţionalităţii ştiinţifice şi de utilizare a tehnicilor potrivite.

În prezent, a devenit clar faptul că orgoliul ştiinţei medicale şi raţionalitatea tehnologică nu erau pe deplin justificate. Din ce în ce mai multe voci care exprimă îndoieli se fac auzite în întreaga lume. Se afirmă că în realitate medicinei nu îi revine exclusiv meritul descreşterii generale a morbidităţii şi mortalităţii. Factori sociali, demografici şi politici cum ar fi condiţiile de viaţă, de locuit, de nutriţie, cele sanitare, planificarea dimensiunii familiei, au avut o pondere mult mai mare. Medicina, se susţine în alte cercuri, a reuşit să combată multe afecţiuni, a reuşit într-adevăr să mărească speranţa de viaţă prin reducerea mortalităţii în grupele de vîrstă mai tinere, astfel încît în prezent oamenii trăiesc mai mult pentru a deveni candidaţi la alte boli fatale : boli de inimă, cancer, accidente cerebro-vasculare şi aşa mai departe. Se pare că nu există „un miraj al sănătăţii" la capătul tunelului, nici societate fără boală, nici utopie medicală : boala şi sănătatea sînt cele două feţe ale aceleiaşi monede, ca şi viaţa şi moartea.

Alte voci deplîng crescînda birocratizare şi depersonalizare a unei

studied and defined in scientific, objective, positivistic terms ; that the etiology of any disease could be, if enough determination, manpower and money were expendend, tracked down ; and that the appropriate remedies, the „magic bullets" could and would be discovered that would neutralize and eliminate the noxious agents ; and that health could be restored. The scenario was simple and optimistic ; and certainly past achievements and conquests led one to believe that all problems could, and would, eventually be resolved. It was only a question of the application of scientific rationality and the correct techniques.

It has, by now, become clear that the arrogance of medical science and technological rationality has not ben entirely justified ; increasingly voices of doubt are heard around the world. Medicine, it is held, has not exclusively accounted for very much of the variance in the general decreases in morbidity and mortality : social, demographic and political factors such as : living conditions, housing, nutrition, sanitation, the planning of the family size have been much more important. Medicine, we are told in other quarters, has conquered some diseases, indeed lengthened life expectancy by decreasing mortality in the younger age groups so that now people live longer to become candidates for a host of other conditions and killers: heart disease, cancer, stroke, and so on. There seems to be no "mirage of health" at the end of the tunnel, no disease-free society, no medical utopia : disease and health are the two sides of the same coin, like life and death.

Other voices deplore the increased bureaucratization and depersonalization of much of contemporary medical care. They claim that the medi-



Scanned with OKEN Scanner

mari părți a îngrijirilor medicale contemporane. Ele pretind că forțele medicale ca instituție, pe baza monopolului pe care îl dețin asupra tratamentului afecțiunilor, suferințelor și morții, au uitat natura umană a bolnavului, cu temerile, anxietățile, singurătatea și înstrăinarea lui. Într-adevăr, aceste voci aduc sistemului medical acuzația că determină afecțiuni iatrogenice în societate și în om și cer mai multă autonomie pentru individul care se supune tratamentului medical. În sfîrșit, mai există alte voci care au renunțat să spere la rezolvarea problemelor de sănătate ale societății moderne, sub rezerva faptului că oamenii vor fi învățați și vor învăța că stilul lor de viață, prin el însuși, contribuie la boală și la mortalitatea prematură, fie prin fumat sau supranutriție, lipsă de mișcare, abuz de medicamente, de alcool, pentru a nu menționa decît cîteva.

Și, încetul cu încetul începem să eliminăm excesele pe care o abordare exagerat ştiinţifică le-au introdus în îngrijirea sănătății și în punctele de vedere cu privire la boală, iar o bună parte din eforturile pentru restabilirea unei opinii echilibrate despre morbiditate și mortalitate se datorează muncii sociologilor medicali și medicilor pe care îi pregătim în acest domeniu. Aceștia au demonstrat că ceea ce trebuie să ne preocupe nu sînt atît de mult bolile oamenilor, ci oamenii afectați de boală ; că procesul definirii bolii, al reacțiilor față de ea, al elaborării comportamentelor și rolurilor ce trebuie adoptate față de boală sînt, toate, adînc înrădăcinate în societate și cultură și că o îngrijire corespunzătoare trebuie să țină seama de acești factori.

*De aceea, avem bucuria să salutăm publicarea celei de-a doua ediții a Sociologiei medicinei de Prof. dr. Popescu și dr. Rădulescu considerînd-o drept un efort impresionant și de*

cal establishment, because of its monopoly on the care of illness, suffering and death, has forgotten the nature of the human patient, with his fears, anxieties, loneliness and alienation. Indeed these voices accuse the medical system of imposing "iatrogenic" harm on man and society, and they call for more autonomy for the individual who undergoes medical treatment. And still others despair of marking a dent into the health problems of modern society unless and until the people are taught and learn that their style of life is itself contributory to illness and early mortality, whether through smoking, over-eating, lack of exercise, the over-use of pills, and the abuse of alcohol to name but a few. And slowly we are beginning to eliminate the excesses that an overly scientific approach introduced in health care and the contemplation of illness ; and a great deal of work in the reestablishment of a balanced view on morbidity and mortality has been the result of the work of medical sociologists and of sociologically trained physicians.

They have shown that what should be of concern is not so much diseases in people but people with diseases. That the process of the definition of illness, the reactions to it, the elaboration of appropriate behaviors and roles to deal with it, are deeply embedded in society and in culture, and comprehensive care must take these factors into consideration. This is why I take great pleasure in welcoming the publication of the Second edition of *Sociologia medicinei* by Drs. Popescu and Rădulescu and greet this as an impressive and pioneering attempt to make the insights and the issues of medical sociology available to Romanian students, particularly medical students, to physicians and to the general pu-



Scanned with OKEN Scanner

*pionierat, cu scopul de a pune la dispoziția studenților din România, mai cu seamă a studenților în medicină, a medicilor și a marelui public, cunoștințele și problemele sociologiei medicinei. Cartea are meritul de a defini clar problemele sociale cu care este confruntată medicina și de a aborda conceptele majore, implicațiile teoretice și metodologice ale sociologiei medicinei, elaborînd totodată un model de cercetare comparativă în sistemele medicale contemporane.*

*Am vrea să menționăm speranța noastră că lucrarea celor doi autori români se va bucura de o largă circulație în cercurile științifice din S.U.A. și din alte părți și va constitui o mărturie a vitalității eforturilor de cercetare a oamenilor de știință români.* Într-adevăr, sperăm că această lucrare va oferi medicilor și sociologilor o apreciere universală asupra problemelor dezbătute în această carte și *va demonstra că medicii și sociologii români sînt tot atît de angajați în aceste probleme ca și colegii lor din străinătate.*

*Sociologia medicinei nu este o simplă apariție editorială națională, ci un eveniment științific care constituie o mărturie a marelui dinamism al mișcării științifice românești, capacitatea ei de a fi receptivă față de nou, față de progresele teoretice și practice din întreaga lume.* După părerea noastră este foarte important ca viitorii practicieni ai medicinei să fie la curent cu toate cunoștințele dezvoltate pînă în prezent în domeniul sociologiei medicinei (sau sociologiei sănătății, după cum o numesc unii). Acest lucru îi va ajuta să-și privească bolnavii nu numai ca indivizi ce trebuie investigați prin mijloace științifice și probe de laborator, ca și prin alte căi de cercetare instrumentală, dar să-i învețe să înțeleagă faptul că oamenii pe care-i au în față au un istoric personal, că

blic. The book has the merit of having clearly outlined the social problems facing medicine and of having tackled the major concepts, the theoretical and methodological implications of the sociology of medicine, for setting up at the same time a model for comparative research in the contemporary medical systems.

I should like to add that my hope is that this work by two Romanian authors will be widely circulated in scientific circles in the United States and elsewhere, and will testify to the vitality of the research efforts of Romanian scientists. Indeed, I would hope that it would bring to sociologists and physicians an appreciation of the universality of the problems discussed in the book, and will show that Romanian medical sociologists and physicians are as involved in these questions as their foreign colleagues.

*Sociology of medicine* is not just another book put out by a national publishing house but a scientific avenue that testifies to the great dynamism of the Romanian scientific movement, its responsiveness to the new, to the theoretical and practical gains of the whole world. It is particularly important, I think, that such knowledge, as has been developed in the area of medical sociology (or the sociology of health, as some would put it) be imparted to future medical practitioners. It will help them see their patients not only as specimens to be investigated by scientific — laboratory methods and other means of instrumented investigation, but it will teach them that the people before them have a personal history, are embedded in social networks that are significant to them, that they have a culture (or a subculture) that views illness in perhaps a different way from that of



Scanned with OKEN Scanner

sînt înrădăcinați în rețele sociale importante pentru ei, că se află sub influența unei culturi (sau subculturi) care îi face să privească boala într-un mod ce poate diferă de cel al medicului, că o parte, dacă nu cele mai multe, din sursele „problemelor" lor provin din sistemul social care influențează direct modul de viață și muncă și că există ajutoare terapeutice care se pot găsi și în afara farmacopeei.

Dacă utilizăm doar pentru un moment un model dialectic, am vrea să sugerăm că, pînă în era științifică a medicinei, exista „teza" unei medicini personalizate și „expresive", în care medicul (sau tămăduitorul) avea puține posibilități de a rezolva problemele de sănătate ale bolnavului, în schimb putea să ofere un oarecare sprijin și mîngîiere psihologică și afectivă. Iar adesea, din punct de vedere medical, rolul medicului se limita la ceea ce francezii numesc *„médecine de constatation"*. *„Antiteza"* a intervenit după aceea, odată cu introducerea schimbărilor „instrumentale" revoluționare în concepțiile cu privire la boală și frecvent, în condițiile etichetării medicinei tradiționale ca superstiție neștiințifică și nocivă, care trebuia înlăturată și înlocuită cu raționalitatea și superioritatea științei și aplicării ei în remedierea bolilor. Aceste cerințe de schimbare, în treacăt fie spus, au fost adesea combătute, opunîndu-li-se rezistența unor clinicieni și școli medicale, deoarece schimbarea îl forța pe om să abandoneze moduri confortabile de gîndire și practica cu care se obișnuise o viață întreagă. Pasteur a fost ridiculizat de profesioniștii medicinei, iar Semmelweiss a fost persecutat de colegii săi. Pînă la urmă însă, abordarea științifică, din cauza realizărilor pe care le-a demonstrat și „miracolelor" pe care le-a reușit, a fost acceptată cu fervoare.

the doctor, that some, if not most, of the sources of their "problems" are in the social system, which influences directly the way of living and working. And that there are therapeutic supports that can also be found outside the pharmacopoeia.

If we use, for a moment, a dialectical model, I would like to propose that until the scientific age of medicine, the "thesis" wes a personalized and "expressive" medicine in which the physician (or healer) could do very little to alleviate the health problems of the patient. He could, on the other hand and did, provide some psychological and emotional support and comfort. And often medically the role of the doctor was limited to what the French call a "médecine de constatation"" The „anti-thesis" then came with the introduction of revolutionary "instrumental" changes in the views of illness and often the labelling of traditional medicine as unscientific and harmful superstition that was to be cleaned out and replaced by the rationality and the superiority of science and its application to disease. These calls for changes, incidentally, were often fought and resisted by some clinicians and medical schools, because changes force man to give up life-long, comfortable modes of thought and practice. Pasteur was ridiculed by the medical profession, and Semmelweiss was hounded by his colleagues. Eventually the scientific approach because of its demonstrated achievement and the "wonders" or "miracles" which it performed, was fervently accepted. The „synthesis" which appears to be developing today is a more balanced combination of the scientific and the



Scanned with OKEN Scanner

„Sinteza", care pare să se dezvolte în prezent, este o îmbinare mai echilibrată între abordarea științifică și cea umană și socială. Inutil să subliniem că introducerea științelor sociale (și a sociologiei în special) în programa analitică a medicinei n-a fost ușoară și că i s-au opus și i se mai opun încă, rezistențe. Dacă medicii din vremea lui Pasteur l-au ironizat, afirmînd că n-au văzut în viața lor un microb, trebuie să ne mirăm oare de ce medicii de azi manifestă — de exemplu — scepticism față de „rolul social" ? Cine a „văzut" vreodată un rol social ; poate fi el oare demonstrat în laborator la nivelul de 0,05 de validitate ? Astfel, sociologia medicinei tinde să ocupe un rol secundar, după „științele exacte" cum ar fi anatomia, biochimia, fiziologia. Dar, încetul cu încetul, ea începe să fie acceptată, fără a deplasa cu nimic importanța abordării științifice. „Sinteza", se speră, va îmbina cele mai bune elemente ale preocupării umane, conștient social-umane, ca și aspectele specifice medicinei tradiționale mai vechi, cu o utilizare judicioasă, echilibrată și inteligentă a realizărilor cu adevărat extraordinare ale medicinei și tehnologiei științifice curative. Am merge prea departe dacă am încerca să ne imaginăm că „antiteza" va genera această sinteză, cînd se va realiza în cele din urmă și va deveni ea însăși o „teză". Totuși, ea ar putea genera unele comparații ale „sistemului sanitar" și ale contribuției lui la bunăstarea societății, în raport cu alte subsisteme (locuințele, condițiile de muncă, stilul de viață etc.), care ar putea fi privite, așa cum am sugerat mai înainte, ca aducînd pînă la urmă o contribuție mai mare la bunăstarea, fericirea și autorealizarea oamenilor. Unul din aspectele importante asupra căruia societatea și sistemul sanitar (și eventual alte sis-

humane and social approach ; needless to say that the introduction of the social sciences (and sociology in particular) into the medical curriculum was not easy ; it was resisted (and still is). If doctors at the time of Pasteur made fun of him, saying they had never seen a germ, is it any wonder that today's physicians might be skeptical about, for instance, a "social role" ; who has ever "seen" a social role ; can it be demonstrated in a laboratory experiment at the .05 confidence level ? Thus medical sociology tends to take second place after the "hard sciences" like anatomy or bio-chemistry of physiology. But little by little it is gaining acceptance, without in the least bit displacing the significance of the scientific approach. The „synthesis", it is hoped, will combine the best elements of the humane, socially conscious and "caring" aspects of our earlier traditional medicine with a judicious, balanced, and intelligent usage of the truly extraordinary achievements of "curing" scientific medicine and technology. It would take me too far afield to try to speculate what this "synthesis", when it is finally realized and becomes a new "thesis", will itself generate an "antithesis". It may well be, however, some comparison and consideration of the "health system" and its contribution to the well-being of society, against other sub-systems (housing, work conditions, style of life etc.) that may be seen, as suggested earlier, as finally doing more for well-being, happiness and self-realization. One important aspect that society and the health system (and possibly other system) will have to turn their attention to is the increased proportion of the aged in the population,



Scanned with OKEN Scanner

teme) își vor îndrepta atenția este proporția crescîndă a vîrstnicilor față de totalul populației, și lipsa de relevanță a unei mari părți din medicina contemporană față de problemele acestora.

În calitatea noastră de Președinte al Comitetului de Cercetare în domeniul sociologiei medicinei al Asociației Internaționale de sociologie, calitate pe care o deținem din 1970, a fost o satisfacție să constatăm dezvoltarea la nivel internațional a sociologiei medicinei. A fost deosebit de interesant să observăm cît de multe probleme din domeniul îngrijirii sănătății se intersectează în toate țările, inclusiv în România, să fim într-adevăr martorul unei evoluții în structurile morbidității și mortalității în direcția unor puncte sau niveluri comune sau convergente și să constatăm, de asemenea, asemănarea între soluțiile structurale propuse în toată lumea pentru rezolvarea acestor probleme. Nu vrem prin aceasta să subestimăm elementele idiosincratice, tradiționale și istorice care fac ca fiecare societate să fie, în felul ei, unică. Dar se pare că punctele comune ale medicinei și sociologiei, cu timpul, vor depăși numeric pe cele divergente. Sociologia medicinei este un martor veridic al problemelor cu care se confruntă medicul în practica de fiecare zi : colectivitate, familie, individ. Ea ajută să se identifice și să se elimine factorii de risc menționați anterior. Și dacă așa stau lucrurile, atunci, putem învăța unii de la alții, fiecare țară va putea oferi o experiență deja realizată, care poate fi evaluată și comparată. *De aceea sîntem într-adevăr bucuroși nu numai să prezentăm această carte, dar și să aflăm că există în România un număr important de oameni de știință interesați în sociologia medicinei, că ea constituie o materie care se predă de peste 10 ani și că se fac*

and the irrelevance of a great deal of contemporary medical care to their problems.

As the Chairman of the Research Committee on the Sociology of Medicine of the International Sociological Association since 1970, it has been my privilege to see the field of medical sociology develop internationally ; it has been particularly interesting to see how many problems and issues cut across all nations including Romania in the area of health care ; to see indeed an evolution in the mobility and the mortality structures toward common or convergent points of levels ; and to see also the resemblance in the structural solutions that are proposed world-wide to these problems. This is in no way to downgrade the idiosyncratic, traditional, and historical elements that make each society, in its own way, unique. But it seems that over time, the elements medicine and sociology share in common will be greater than the divergent ones. The sociology of medicine is a faithful eyewitness of the problems confronting the physician in his daily practice : collectivity, family, individual and it helps identify and do away with risk factors noted earlier. And if this is so, then we can learn from each other, each country therefore providing an already-made experiment that can be assessed and compared.

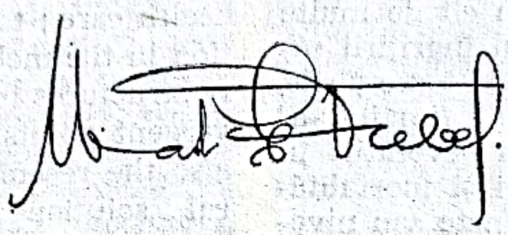
This is why I am pleased indeed not only to introduce this book, but to learn that there is a critical mass of scholars interested in medical sociology in Romania, that teaching has been done in this area for over ten years, and that medical sociological research is proceeding. This



Scanned with OKEN Scanner

*cercetări medico-sociologice în această țară.* Acest lucru ne dă speranța inițierii și realizării în viitor a unor proiecte de cercetare internațională în colaborare, tocmai în scopul de a distinge elementele generale de cele particulare în acest important domeniu al problemelor oamenilor. Îi felicităm pe autorii *Sociologiei Medicinei* și sperăm că această carte va constitui doar începutul unor activități viitoare și poate, al unor lucrări și cercetări comune.

gives me hope that in the future, collaborative international research projects can be mounted and carried out to precisely distinguish universal from particular elements in this important area of human affairs. I congratulate the authors of *Sociologia medicinei* and hope that this book will only be the beginning of further activities, and possible common work and research.



**MARK G. FIELD,**
**Profesor de Sociologie, Universitatea Boston; Conferențiar temporar la Universitatea Harvard; Președintele Comitetului de Cercetare în sociologia medicinei al Asociației Internaționale de Sociologie**

*decembrie, 1980*

**MARK G. FIELD**
**Professor of Sociology**
**Boston University;**
**Fellow and Lecturer Harvard University; Chairman, Research Comittee on the Sociologiy of Medicine International Sociological Association**

Scanned with OKEN Scanner

## PREFAȚĂ

Belgia și România au stabilit de mulți ani legături strînse de colaborare în domeniul științelor medicale și al sănătății publice.

Dealtfel, am avut plăcerea să primim în Belgia un mare număr de savanți români veniți pentru schimb de cunoștințe în diferitele domenii ale sănătății publice și medicinei.

*Printre cei care au lăsat impresii profunde după trecerea lor prin Belgia se numără și profesorul Grigore Popescu,* care, în timpul șederii prelungite în țara mea, a avut ocazia să întîlnească numeroși compatrioți belgieni și să stabilească cu ei legături de colaborare care s-au dovedit deosebit de interesante.

*Iată de ce amintindu-ne de personalitatea sa și de calitățile sale* nu am ezitat de a accepta bucuros să figurăm în introducerea lucrării pe care prof. Popescu a scris-o împreună cu colegul său Rădulescu despre sociologia medicinei, prefațînd-o prin textul de față.

Conținutul acestei lucrări, împărțirea pe capitole, aspectul foarte diferit al abordărilor științifice și tehnice pe care le-au folosit autorii pentru abordarea relațiilor dintre medicină și societate *ni s-au părut originale și în același timp interesante, oricare ar fi contextul socio-economic al țărilor cărora le vor aparține cititorii.*

## PRÉFACE

La Belgique et la Roumanie ont établi depuis de nombreuses années des liens de collaboration etroites dans le domaine des sciences médicales et de la Santé publique.

Par ailleurs, nous avons eu le plaisir de recevoir en Belgique un grand nombre de savants roumains, qui sont venus échanger avec nous leurs connaissances dans les différents domaines de la Santé publique et de la médecine.

Parmi ceux qui ont laissé des traces profondes après leur passage en Belgique figure le Professeur Grigore POPESCU qui, au cours d'un long séjour dans mon pays, a eu l'occasion de rencontrer un grand nombre de mes compatriotes et de mes confrères et d'établir avec eux des liens de collaboration qui se sont démontrés particulièrement intéressants.

C'est pourquoi je n'ai pas hésité à accepter de figurer dans l'introduction de l'ouvrage que le Prof. POPESCU a rédigé avec son collègue RADULESCU sur la sociologie de la médecine.

Le contenu de cet ouvrage, la répartition de ses chapitres, l'aspect très divers des approches scientifiques et techniques que les auteurs ont utilisées pour serrer les relations entre la médecine et la société, m'ont paru à la fois originaux et intéressants, quel que soit le contexte socio-économique ou politique des pays auxquels appartiendront les lecteurs.



Scanned with OKEN Scanner

La ora actuală lumea întreagă este preocupată de redefinirea locului medicinei în societatea modernă, care este în plină evoluție.

Tradițiile medicale au un merit propriu, care nu poate fi sacrificat fără a dăuna calității relațiilor pe care bolnavul vrea să le stabilească cu medicina, atît în cazurile de boală, cît și în cazurile în care bolnavul caută o protecție suplimentară împotriva acesteia.

Autorii lucrării au scos în evidență faptul că există o componentă suplimentară în aceste raporturi, care vizează ameliorarea calității vieții.

*Lucrarea profesorilor Popescu și Rădulescu se înscrie într-o evoluție cunoscută întregii lumi și care a fost precizată în special la recenta Conferință de la Alma-Ata, privind îngrijirea primară a sănătății.*

Dorim să felicităm pe autori și să le spunem cît de mult apreciem felul în care au abordat problemele, calitatea prezentării lor și eforturile pe care le depun pentru a defini noi condiții în viața concetățenilor noștri.

*Un mare număr de probleme evocate în lucrare sînt comune întregii umanități, oricare ar fi contextul în care se încadrează populația.*

Aceasta face ca lucrarea să fie deosebit de interesantă.

**Prof. dr. S. HALTER,**
**Profesor la Universitatea liberă din Bruxelles, Secretar General al Ministerului Sănătății Publice și al Familiei, Belgia**

*martie, 1979*

Le monde entier est préoccupé à l'heure actuelle par la redéfinition de la place de la médecine dans la société moderne, qui este en pleine évolution.

Les traditions médicales ont un mérite propre qui ne peut être sacrifié sans nuire à la qualité des relations que le malade souhaite établir avec la médecine, tant dans les cas de maladie que dans les cas où les patients recherchent une protection supplémentaire contre celle-ci.

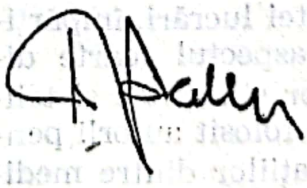
Les auteurs de l'ouvrage ont fait ressortir qu'il existait une composante supplémentaire dans ces rapports, qui vise à ameliorer les qualités de la vie.

L'ouvrage des Professeurs POPESCU et RĂDULESCU s'inscrit à son heure dans une évolution que le monde entier connaît, et qui s'est notamment précisée à la Conférence récente d'Alma Ata sur les soins primaires de santé.

Je voudrais donc féliciter les auteurs et leur dire combien j'apprécie leur manière de traiter les problèmes, la qualité de leur présentation et les efforts qu'ils font pour définir de nouvelles conditions dans la vie de nos concitoyens.

Un grand nombre de problèmes évoqués dans l'ouvrage sont communs à l'humanité toute entière, quel que soit le contexte dans lequel la population se retrouve.

C'est ce qui rend l'ouvrage en question particulièrement intéressant.



**Prof. dr. S. HALTER**
**Professeur à l'Université Libre de Bruxelles et Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique et de la Famille de Belgique**

Scanned with OKEN Scanner

## PREFAȚĂ

Acceptăm cu mare plăcere să redactăm o prefață la această a doua ediție a remarcabilei lucrări a profesorului dr. Gr. Popescu și dr. S. M. Rădulescu, consacrată Sociologiei medicinei.

Într-adevăr lucrările de sinteză asupra acestei teme sînt rare ; lucrările care oferă cititorului o abordare în același timp teoretică și practică a problematicii Sociologiei medicinei sînt și mai rare.

Autorii s-au angajat la o sarcină deosebit de delicată, și aceasta pe un teren încă puțin explorat. În realitate, există numeroase studii care analizează și descriu nenumăratele și variatele fațete ale științelor sociale confruntate cu problemele sănătății ; epidemiologi, sociologi, statisticieni, biostatisticieni au abordat aceste domenii. Dar era nevoie de expertiza, de experiența și de vederile largi ale autorilor pentru a trece la o abordare globală, incluzînd, în același timp, domeniile de activitate ale specialiștilor menționați și ale celor care răspund de

## PRÉFACE

C'est avec un grand plaisir que j'accepte de rédiger une préface à cette deuxième édition du remarquable ouvrage du professeur Gr. gr. POPESCU et du docteur S. M. RĂDULESCU, consacré à la Sociologie de la Médecine.

Les ouvrages de synthèse sur ce thème, en effet, sont rares ; ceux qui offrent au lecteur une approche à la fois théorique et pratique de la problématique de la Sociologie de la médecine le sont encore davantage.

Les auteurs se sont, en effet, attelés à une tâche particulièrement délicate, et cela sur un terrain encore peu exploré. En réalité, il existe bien de nombreuses études analysant et décrivant les facettes innombrables et variées des sciences sociales confrontées aux problèmes de la santé : épidémiologistes, sociologues, statisticiens, biostatisticiens, ont abordé ces domaines. Mais il fallait l'expertise, l'expérience et la largeur de vue des auteurs pour aborder une approche globale incluant tout à la fois celles des spécialistes mentionnés et celles



Scanned with OKEN Scanner

sănătatea fiinţei umane, de sănătatea sa fizică şi mentală.

*Profesorul Popescu şi Rădulescu au evitat capcana juxtapunerii studiilor parţiale,* punînd în mod constant accentul pe unitatea medicinei şi pe necesitatea de a privi global sănătatea omului, şi, fără nici o îndoială, absolut uman.

*Autorii au evitat de asemenea, în analizele lor, locurile comune.* Acest lucru se observă în special atunci cînd se face analiza problemelor umanizării instituţiilor care acordă asistenţă medicală.

Un alt capitol important merită să fie amintit, şi anume cel consacrat medicinei profilactice. *Cititorul găseşte aici un aspect reîntinerit, dinamic şi o sinteză înglobînd, abordarea sistemică.*

Ajungem astfel să amintim fericita definiţie a sănătăţii, nu statică, ci mult mai dinamică ; un mod de relaţie, un „modus vivendi" optimal al omului în mediul său. Acesta, bineînţeles, înglobează aspectele biologice, psihologice şi sociale.

Autorii situează, din nou, bolnavul într-un context de viaţă, concret : familial, profesional, şi, dacă este cazul, spitalicesc.

Fără nici o îndoială, lucrarea profesorului Grigore Gr. Popescu şi doctorului Sorin M. Rădulescu *acoperă un gol în domeniul lucrărilor de sociologie a medicinei.*

*Ea va fi utilă nu numai pentru tînărul medic practician şi pentru student, dar, de asemenea, pentru confratele deja în activitate, dornic*

des responsables de la santé de l'être humain, de sa santé physique et mentale.

Les Professeur Popescu et Rădulescu ont échappé au piège de la juxtaposition d'études partielles en mettant constamment l'accent sur l'unité de la médecine et sur la nécessité d'envisager la santé de l'homme de façon globale et, sans aucun doute, simplement humaine.

Les auteurs ont également échappé dans leurs analyses aux lieux communs. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne l'analyse des problèmes de l'humanisation des institutions de soins.

Un autre chapitre important mérite d'être mis en exergue, celui consacré à la médecine préventive. Le lecteur trouve à ce propos un portrait rajeuni, dynamique et une synthèse englobant l'approche systémique.

Ceci conduit à rappeler l'heureuse définition de la santé, non statique, mias bien dynamique : un mode de relation, un „modus vivendi" optimal de l'homme dans son environnement. Celu-ci, bien entendu, englobe les aspects biologiques, psychologiques et sociaux.

Les auteurs, à nouveau, situent le patient dans un contexte vécu, concret : familial, professionnel, et le cas échéant, hospitalier.

Sans aucun doute, l'ouvrage du professeur Grigore Gr. POPESCU et du docteur Sorin M. RĂDULESCU comble une lacune dans l'évantail des ouvrages de Sociologie de la Médecine.

Il sera utile non seulement au jeune médecin praticien et à l'étudiant, mais également au confrère déjà en activité, désireux de prendre



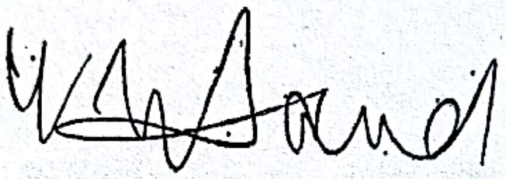
Scanned with OKEN Scanner

*să cunoască noile orientări ale ştiinţei sale, ale meseriei sale.*

Este o onoare pentru noi, confraţii din Belgia, ţară în care tradiţia medicinei sociale este veche şi mereu plină de viaţă, să dorim o cît mai largă şi luminoasă difuzare a acestei lucrări.

connaissance des orientations nouvelles de la science, de son art.

C'est une honneur pour nous, confrères de Belgique, pays où la tradition de la Médecine Sociale est ancienne et toujours bien vivante, de souhaiter une diffusion large et éclairée à un tel ouvrage.



**Prof. Dr. E. A. SAND**
**Universitatea liberă, din Bruxelles. Facultatea de medicină şi farmacie. Preşedintele Şcolii de sănătate publică**

*mai, 1979*

**Prof. Dr. E. A. SAND**
**Université Libre de Bruxelles. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Président de l'Ecole de Santé Publique**



Scanned with OKEN Scanner

# CUPRINS


Cuvînt înainte de acad. *Șt. Milcu* 5
Prefață de *Mark G. Field*, S.U.A. 7
Prefață de S. HALTER, Belgia 15
Prefață de E. SAND, Belgia 17
Introducere . . . . . 39

1. SOCIOLOGIA ȘI MEDICINA COLECTIVITĂȚILOR UMANE 47

1.1. Factorii principali care au determinat convergența sociologiei cu medicina . . 48
1.2. Dimensiunile sociale ale medicinei contemporane. Inovații probabile în ultimele decenii ale secolului al XX-lea și primele decenii ale secolului XXI . . . 49
1.3. Conceptul de „stress" în medicină și sociologie . . . 55
1.4. Teoria sociologică și „modelarea" biologică a realității sociale . . . . . 61
1.5. Cercetarea sociologică empirică în domeniul medical. 66

2. DOMENIUL ȘI FUNCȚIILE SOCIOLOGIEI MEDICINEI COLECTIVITĂȚILOR UMANE 70

2.1. Obiectul sociologiei generale 71
2.2. Obiectul diferitelor sociologii de ramură . . . . . 73
2.3. Obiectul principal al sociologiei medicinei : relațiile, faptele, fenomenele și procesele socio-medicale ale colectivităților umane . . 74
2.4. Sociologia medicinei și sociologia în medicină . . 80
2.5. Sociologia medicinei și medicina socială . . . . 82
2.6. Rolul și funcțiile sociologiei medicinei în epoca contemporană . . . . . 87

3. REACȚII SOCIO-CULTURALE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII ȘI BOLII . . . 91

3.1. Reacții magice în perioada medicinei primitive . . . 91
3.2. Reacții terapeutice „confesionale" . . . . . 94
3.3. Reacții religioase față de boală . . . . . 98
3.4. Reacția tehnologică sau „științifică" propriu-zisă . . 100
3.5. Medicina — știință a acțiunii sociale. Protecția sanitară a mediului social . . . . 104
3.6. Tradiții medicale românești. Orientări sociale . . . . 107
3.7. Pentru o nouă clasificare a medicinei . . . . . 109

4. INTEGRAREA MEDICINEI PREVENTIVE ÎN PROCESELE DEZVOLTĂRII SOCIAL-ECONOMICE CONTEMPORANE. ORIENTAREA CĂTRE COLECTIVITATE . . . . 111

4.1. Bunăstarea fizică, psihică și socială a colectivităților umane. Era științei politice a sănătății . . . . . 111




Scanned with OKEN Scanner

4.2. Funcțiile medicinei colectivităților umane în țara noastră . . . . . 119
4.3. Rolul medicinei colectivităților umane și exigențele actului medical preventiv . . 125

5. MEDICINA PREVENTIVĂ A COLECTIVITĂȚILOR UMANE 129

5.1. Medicina și colectivitățile umane . . . . . 129
5.2. Concepția actuală în domeniul medicinei preventive . 136
5.3. Principiile și resursele medicinei colectivităților umane. Educația sanitară . . . 138
5.4. Probleme demografice în studiul colectivităților umane. Elemente de sociologie a sexualității și a comportamentului demografic . 148
5.5. Cîmpul social-global al medicinei colectivităților umane 162

6. CRITERII SOCIOLOGICE ÎN ABORDAREA STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI BOALĂ A COLECTIVITĂȚILOR UMANE . 166

6.1. Medicina, o știință socială. Sistemul de îngrijire medicală ca sistem de control social . . . . . 166
6.2. Noțiunea de boală. Boala ca deviere de la „normal". (Semnificația logică și metodologică a noțiunii de boală) 168
6.3. Semne și simptome . . . 169
6.4. Sănătatea ca stare normală și standardele normative . 173
6.5. Teoria „etichetării" . . . 175
6.6. Normal și patologic din perspectivă sociologică. Sănătatea bio-psiho-socială . 176
6.7. Parametrii stării de sănătate 179
6.8. Sănătatea și societatea contemporană. Schimbările sociale și idealul universal al sănătății . . . . . 193
6.9. Păstrarea și întărirea sănătății, parte componentă a procesului de edificare a societății socialiste multilateral dezvoltate . . . . . 196

7. CARACTERELE SOCIALE ALE BOLILOR. PARTICULARITĂȚI ALE BOLILOR CONTAGIOASE, CRONICE, DEGENERATIVE ȘI MENTALE . . . . . 199

7.1. Rolul sociologiei medicinei în explicarea bolilor . . 201
7.2. Etiologie specifică și etiologie multifactorială . . . 202
7.3. Clasificarea și prevenția „socială" a bolilor . . . . 204
7.4. Metoda epidemiologică în studiul sociologic al morbidității diferențiale. Influența mediului rural-urban a mobilității populației și importanța factorilor de risc (ecologici, profesionali și cei specifici „stilului" de viață) 212
7.5. Probleme actuale ale cercetării și combaterii medico-sociale ale bolilor în țara noastră . . . . . 229

8. OBIECTIVE ȘI PRIORITĂȚI ÎN ELABORAREA STRATEGIILOR MEDICINEI PREVENTIVE . . . . . 251

8.1. Funcții și structuri ale sistemului medical preventiv . 252
8.2. Scopuri și exigențe sociale 257
8.3. Cadrul științific al activității socio-medicale . . . 261
8.4. Probleme comparative privind funcțiile sistemelor medicale în lumea contemporană . . . . . 274
8.5. Programe strategice în dezvoltarea sănătății . . . 284

9. SOCIOLOGIA SPITALULUI. SPITALUL CA INSTITUȚIE DE CONTROL MEDICO-SOCIAL . . . . . 290

9.1. Evoluția istorică a funcțiilor spitalului, de control medical și social al colectivităților umane . . . . . 292
9.2. Probleme teoretice în studiul sociologic al spitalului 300
9.3. Caracteristici structurale ale spitalului contemporan . . 303



Scanned with OKEN Scanner

9.4. Aspecte medico-sociale ale activităţii din cadrul spitalului contemporan . . . 321
9.5. Dimensiuni socio-psihologice ale spitalizării bolnavului . . . . . 330

10. METODOLOGIA CERCETĂRII ÎN DOMENIUL MEDICINEI COLECTIVITĂŢILOR UMANE . . . . 349

10.1. Importanţa metodologiei de investigaţie a grupurilor şi colectivităţilor umane . . 349
10.2. Interdisciplinaritatea în domeniul medico-social . . 352
10.3. Probleme şi principii de bază ale metodologiei sociologice . . . . . 35 5
10.4. Metode şi tehnici sociologice de recoltare a datelor 369
10.5. Metode şi tehnici complementare utilizate în domeniul sociologiei medicinei . 388
10.6. Probleme actuale ale cercetărilor în domeniul sociologiei medicinei . . . . 405

ANEXA — EVENIMENTE SAU REALIZĂRI VIITOARE ÎN MEDICINĂ . . . . 420

BIBLIOGRAFIE . . . . . 422



Scanned with OKEN Scanner

# CONTENTS


Forward . . . . . 5
Preface by *Mark G. Field*, S.U.A. 7
Preface by S. Halter Belge . . 15
Preface by E. Sand, Belge . . 17
Introduction . . . . . 39

1. THE SOCIOLOGY AND MEDICINE OF HUMAN COMMUNITIES . . . . . 47

1.1. The principal factors determining the convergence of sociology with medicine . 48
1.2. Social dimensions of contemporary medicine. The probable innovations during the last decenniums of the 20th century and first decenniums of the 21st century . . . 49
1.3. The concept of stress in medicine and sociology sciences 55
1.4. The sociological theory and biological „modelling" of social realities . . . . . 61
1.5. Empirical sociological research in the medical field. 66

2. THE DOMAINS AND FUNCTIONS OF THE SOCIOLOGY OF MEDICINE IN HUMAN COMMUNITIES . . . . 70

2.1. The object of general sociology . . . . . 71
2.2. The object of different branches of sociology . . 73
2.3. The principal object of the sociology of medicine : the sociomedical relations, facts, phenomena and processes of human communities . . 74
2.4. The sociology of medicine and sociology in medicine . 80
2.5. The sociology of medicine and social medicine . . 82
2.6. The role and functions of the sociology of medicine in the contemporary world . 87

3. SOCIOCULTURAL REACTIONS IN THE FIELDS OF HEALTH AND DISEASE . 91

3.1. Magic reactions in the primitive period of medicine . 91
3.2. „Confessional" therapeutical reactions . . . . . 94
3.3. Religious reactions to disease 98
3.4. The „scientific" or technological reaction . . . . 100
3.5. Medicine, the science of social action. Health protection of the social environment . . . . . 104
3.6. The Romanian medical traditions. Social orientations 107
3.7. For a new classification of medicine . . . . . 109

4. THE INTEGRATION OF PREVENTIVE MEDICINE IN CONTEMPORARY SOCIO-ECONOMIC PROCESSES OF DEVELOPMENT. ORIENTATION TOWARDS THE COMMUNITY . . . . . 111

4.1. Physical, psychical and social well-being of the human communities. The political science era of health . . 111
4.2. The functions of the medicine of human communities in Romania . . . . . 119
4.3. The role of the medicine of human communities and the




Scanned with OKEN Scanner

exigences of applicative preventive medicine. 125

5. PREVENTIVE MEDICINE OF HUMAN COMMUNITIES . 129

5.1. Medicine and human communities . . . . . 129
5.2. Current views in the field of preventive medicine . . 136
5.3. Principles and resources of the medicine of human communities. Health education . 138
5.4. Demographic problems in the study of human communities. Elements of the sociology of sexuality and demographic behaviour . . 148
5.5. The global social field of the medicine of human communities . . . . . 162

6. HEALTH AND DISEASE OF HUMAN COMMUNITIES: SOCIOLOGICAL CRITERIA . 164

6.1. Medicine, a social science. Medical care as a social control system . . . . 166
6.2. Notion of disease. Disease as a deviation from the „normal". (The logical and methodological significance of the notion of disease) . 168
6.3. Signs and symptoms . . 169
6.4. Health as a normal condition; relevant standards . 173
6.5. The labelling theory . . 175
6.6. Normal and pathological from the sociological angle. Bio-psycho-social health . 176
6.7. Health status parameters . 179
6.8. Health and contemporary society. Social changes and the universal ideal of health 193
6.9. Maintenance and strengthening of health, a component of the process of edification of the multilateral developed social society . . . . 196

7. THE SOCIAL CHARACTERISTICS OF DISEASES. THE PARTICULARITIES OF COMMUNICABLE, CHRONIC-DEGENERATIVE AND MENTAL DISEASES . . . . 199

7.1. The role of sociology of medicine in the explanation of diseases . . . . . 201
7.2. Specific aetiology and multifactorial aetiology . . . 202
7.3. „Social" classification and prevention of diseases . . 204
7.4. Epidemiologic method in the sociological study of differential morbidity. Influences of the rural — urban environment, of the mobility of the population and the importance of risk factors (ecologic, occupational and specific of the life „style") 212
7.5. Actual problems of socio-medical research and control of disease in our country . 229

8. OBJECTIVES AND PRIORITIES IN ELABORATING THE STRATEGIES OF PREVENTIVE MEDICINE . . 251

8.1. Functions and structures of the preventive medical system . . . . . 252
8.2. Social scope and requirements . . . . . 257
8.3. The scientific framework of socio-medical activity . 261
8.4. Comparative problems in the function of contemporary medical systems . . 274
8.5. Strategic health development programmes . . . . . 284

9. SOCIOLOGY OF THE HOSPITAL. THE HOSPITAL, AS AN INSTITUTION OF SOCIO-MEDICAL CONTROL . 290

9.1. History of the hospital functions, of the medical and social control of human communities . . . . . 292
9.2. Theoretical problems in sociological study of the hospital . . . . . 300
9.3. Structural characteristics of the contemporary hospital . 303
9.4. Socio-medical aspects of the activity in a contemporary hospital . . . . . 321
9.5. Socio-psychological dimensions of the hospitalization of patients . . . . . 330



Scanned with OKEN Scanner

10. THE METHODOLOGY OF RESEARCH IN THE FIELD OF MEDICINE OF HUMAN COMMUNITIES . . . . 349

10.1. Importance of the methodology of investigations in human groups and communities . . . . . 349
10.2. Interdisciplinary aspects in the socio-medical field . 352
10.3. Problems and basic principles of sociologic methodology . . . . . 355
10.4. Sociologic methods and techniques for collecting data . . . . . 369
10.5. Complementary methods and techniques used in the sociology of medicine . . 388
10.6. Present day research problems in the sociology of medicine . . . . . 405

ANEXA — FUTURE DEVELOPMENTS AND ACHIEVEMENTS IN MEDICINE 420

BIBLIOGRAPHY . . . . . 422

Scanned with OKEN Scanner

# SOMMAIRE


Avant-propos . . . . . 5
Preface par *Mark G. Field*, U.S.A. 7
Préface par S. Halter, Belge . 15
Préface par E. Sand, Belge . . 17
Introduction . . . . . 39

1. LA SOCIOLOGIE ET LA MÉDECINE DES COLLECTIVITÉS HUMAINES . . . 47

1.1. Les principaux facteurs qui ont déterminé la convergence de la sociologie avec la médecine . . . . . 48
1.2. Les dimensions sociales de la médecine contemporaine. Les innovations probables des dernières décennies du XX^e siècle et des premières décennies du XXI^e siècle . 49
1.3. Le concept de „stress" dans la médecine et dans la sociologie . . . . . 55

1.4. La théorie sociologique et le „modelage" biologique de la réalité sociale . . . . . 61
1.5. La recherche sociologique empirique dans le domaine médical . . . . . 66

2. LE DOMAINE ET LES FONCTIONS DE LA SOCIOLOGIE DE LA MÉDECINE DES COLLECTIVITÉS HUMAINES 70

2.1. L'objet de la sociologie générale . . . . . 71
2.2. L'objet des diverses sociologies de branche . . . . . 73
2.3. L'objet principal de la sociologie de la médecine : les relations, les faits, les phénomènes et les processus socio-médicaux des collectivités humaines . . . . . 74

2.4. La sociologie de la médecine et la sociologie dans la médecine . . . . . 80
2.5. La sociologie de la médecine et la médecine sociale 82
2.6. Le rôle et les fonctions de la sociologie de la médecine à l'époque contemporaine . 87

3. RÉACTIONS SOCIO-CULTURELLES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE . . . . . 91

3.1. Réactions magiques à l'époque de la médecine primitive . . . . . 91
3.2. Réactions thérapeutiques "confessionnelles" . . . 94
3.3. Réactions religieuses vis-à-vis de la maladie . . . 98
3.4. La réaction technologique ou „scientifique" proprement-dite . . . . . 100
3.5. La médecine, science de l'action sociale. La protection sanitaire du milieu social . 104
3.6. Traditions médicales roumaines. Orientations sociales . . . . . 107
3.7. Pour une nouvelle classification de la médecine . . 109

4. L'INTÉGRATION DE LA MÉDECINE PREVENTIVE AUX PROCESSUS DU DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE CONTEMPORAIN, ORIENTATION VERS LA COLLECTIVITÉ . . . . 111




Scanned with OKEN Scanner

4.1. Le bien-être physique, psychique et social des collectivités humaines. L'ère de la science politique de la santé 111
4.2. Les fonctions de la médecine des collectivités humaines dans notre pays . 119
4.3. Le rôle de la médecine des collectivités humaines et les exigences de l'act médical préventif . . . . . 125

5. LA MÉDECINE PRÉVENTIVE DES COLLECTIVITÉS HUMAINES . . . . . 129

5.1. La médecine et les collectivités humaines . . . . 129
5.2. La conception actuelle dans le domaine de la médecine préventive . . . . . 136
5.3. Les principes et les ressources de la médecine des collectivités humaines. L'éducation sanitaire . . . . 138
5.4. Problèmes démographiques dans l'étude des collectivités humaines. Les éléments de la sociologie sexuelle et du comportement démographique . . . . . 148
5.5. Le champ socio-global de la médecine des collectivités humaines . . . . . 162

6. CRITÈRES SOCIOLOGIQUES POUR ABORDER L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE LA MALADIE DES COLLECTIVITÉS HUMAINES . . . . . 166

6.1. La médecine, une science sociale. Le système de soins médicaux comme système de contrôle social . . . 166
6.2. La notion de maladie La maladie comme déviation de l'état normal. (La signification logique et méthodologique de la notion de maladie) . . . . . 168
6.3. Signes et symptômes . . 169
6.4. La santé comme état normal et les standards normatifs . 173
6.5. La theorie de l'étiquetation 175
6.6. Normal et pathologique, de la perspective sociologique. La santé bio-psycho-sociale 176
6.7. Les paramètres de l'état de santé . . . . . 179
6.8. La santé et la société contemporaine. Les changements sociaux et l'idéal universel de la santé . . . 193
6.9. Le maintien et la fortification de la santé, conditions de l'édification de la société socialiste multilatéralement développée . . . . . 196

7. LES CARACTÈRES SOCIAUX DES MALADIES. LE SPÉCIFIQUE DES MALADIES CONTAGIEUSES, CHRONIQUES DÉGÉNÉRATIVES ET MENTALES . . . . 199

7.1. Le rôle de la sociologie de la médecine dans l'explication des maladies . . . 201
7.2. L'étiologie spécifique et l'étiologie multifactorielle . . 202
7.3. La classification et la prévention „sociale" des maladies . . . . . 204
7.4. La méthode épidémiologique dans l'étude sociologique de la morbidité differentielle. Les influences du milieu rural et urbain de la mobilité de la population et l'importance des facteurs de risque (écologiques, professionels et ceux spécifiques au „style" de vie) . . . 212
7.5. Problèmes actuels de la recherche et du combat médico-social des maladies dans notre pays . . . . . 229

8. OBJECTIFS ET PRIORITÉS DANS L'ÉLABORATION DES STRATÉGIES DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE . . 251

8.1. Fonctions et structures du système médical préventif . 252
8.2. Buts et exigences sociales . 257
8.3. Le cadre scientifique de l'activité socio-médicale . 261
8.4. Problèmes comparatifs sur les fonctions des systèmes médicaux dans le monde contemporain . . . . . 274
8.5. Programmes stratégiques de développement de la santé 284

9. LA SOCIOLOGIE DE L'HÔPITAL. L'HÔPITAL COMME INSTITUTION DE CONTRÔLE MÉDICO-SOCIAL . . 290

9.1. L'évolution historique des fonctions de l'hôpital, de



Scanned with OKEN Scanner

contrôle médical et social des collectivités humaines 292
9.2. Problèmes théoriques dans l'étude sociologique de l'hôpital . . . . . 300
9.3. Caractéristiques structurelles de l'hôpital contemporain . 303
9.4. Aspects médico-sociaux dans l'activité de l'hôpital contemporain . . . . . 321
9.5. Dimensions socio-psychologiques de l'hospitalisation du malade . . . . . 330

10. LA MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA MÉDECINE DES COLLECTIVITÉS HUMAINES . . . . .

10.1. L'importance de la méthodologie d'investigation des groupes et des collectivités humaines . . . 349
10.2. L'interdisciplinarité dans le domaine médico-social . 352
10.3. Problèmes et principes de base de la méthodologie sociologique . . . . . 355
10.4. Méthodes et techniques sociologiques pour recolter les données . . . . . 369
10.5. Méthodes et techniques complémentaires utilisées dans le domaine de la sociologie de la médecine . 388
10.6. Problèmes actuels des recherches dans le domaine de la sociologie de la médecine . . . . . 405

ANNEXE — EVÉNEMENTS OU RÉALISATION FUTURES EN MÉDECINE . . 420

BIBLIOGRAPHIE . . . . 422



Scanned with OKEN Scanner

# INHALT


Vorwort . . . . . 7
Vorrede von *Mark G. Field*, U.S.A. . . . . .
Vorrede von S. Halter, Belgium 15
Vorrede von E. Sand, Belgium 17
Einleitung . . . . . 39

1. DIE SOZIOLOGIE UND DIE MEDIZIN DER MENSCHLICHEN GEMEINSCHAFTEN 47

1.1. Die bestimmenden Hauptfaktoren in der Konvergenz der Soziologie mit der Medizin . . . . . 48

1.2. Die Sozialen Dimensionen der gegenwärtigen Medizin. Warscheinliche Erneuerungen in den letzten Jahrzehnten des XX^sten Jahrhunderts und in den ersten Jahrzehnten des XXI^sten Jahrhunderts . . . . . 49

1.3. Der Begriff „Stress" in Medizin und Soziologie . . 55

1.4. Die soziologische Lehre und die biologische „Modellierung" der sozialen Wirklichkeit . . . . . 61

1.5. Die empirische soziologische Forschung auf dem ärztlichen Gebiet . . . . 66

2. DAS GEBIET UND DIE FUNKTIONEN DER ÄRZTLICHEN SOZIOLOGIE DER MENSCHLICHEN GEMEINSCHAFTEN . . . . . 70

2.1. Der Gegenstand der allgemeinen Soziologie . . . 71

2.2. Der Gegenstand der verchiedenen Untergruppensoziologie . . . . . 73

2.3. Der Hauptgegenstand der ärztlichen Soziologie : soziomedizinische Beziehungen, Tatsachen, Erscheinungen und Vorgänge der menschlichen Gemeinschaften . . 74

2.4. Die Soziologie der Medizin und die Soziologie in der Medizin . . . . . 80

2.5. Die Soziologie der Medizin und die soziale Medizin . 82

2.6. Die Rolle und die Funktionen der ärztlichen Soziologie in dem gegenwärtigen Zeitraum . . . . . 87

3. SOZIO-KULTURELLE REAKTIONEN AUF DEM GEBIET DER GESUNDHEIT UND DER KRANKHEIT . . . 91

3.1. Magische Reaktionen in der Periode der primitiven Medizin . . . . . 91

3.2. Terapeutische „konfessionelle" Reaktionen . . . 94

3.3. Religiöse Reaktionen gegenüber der Knankheit . . . 98

3.4. Die technologische oder eigentliche „wissenschaftliche" Reaktion . . . . 100

3.5. Die Medizin als Wissenschaft der sozialen Handlung. Der gesundheitliche Schutz der sozialen Umgebung . . . . . 104

3.6. Rumänische ärztliche Traditionen. Soziale Orientierungen . . . . . 107




Scanned with OKEN Scanner

3.7. Für eine neue Einteilung der Medizin . . . . . 109

4. INTEGRATION DER PRÄVENTIVEN MEDIZIN IN DEN GEGENWÄRTIGEN SOZIAL-ÖKONOMISCHEN VORGÄNGE. ORIENTIERUNG ZUR GEMEINSCHAFT . . 111

4.1. Der physiche, psychische und soziale Wohlsand der menschlichen Gemeinschaften . . . . . 111

4.2. Die Funktionen der Medizin der menschlichen Gemeinschaften in unserem Land 119

4.3. Die Rolle der Medizin der menschlichen Gemeinschaften und die Erfordernisse der präventiven ärztlichen Handlung . . . . . 125

5. DIE PRÄVENTIVE MEDIZIN DER MENSCHLICHEN GEMEINSCHAFTEN . . . 129

5.1. Die Medizin und die menschlichen Gemeinschaften 129

5.2. Der gegenwärtige Begriff der präventiven Medizin . . 136

5.3. Die Grundlagen und Mittel der Medizin der menschlichen Gemeinschaften. Gesundheitserziehung . . . 138

5.4. Demographische Problemen in der Erforschung der menschlichen Gemeinschaften. Grundsätze der Soziologie der Sexualität und des demographischen Verhaltens 148

5.5. Das sozial-globale Gebiet der Medizin der menschlichen Gemeinschaften . . 162

6. SOZIOLOGISCHE KRITERIEN IN DER BEHANDLUNG DES GESUNDHEITS UND KRANKHEITSZUSTANDES DER MENSCHLICHEN GEMEINSCHAFTEN . . . 166

6.1. Medizin, also soziale Wissenschaft. Das System der ärztlichen Fürsorge als Sozialkontrollesystem . . . . 166

6.2. Der Krankheitsbegriff. Die Krankheit als Abweichung vom „Normalzustand". (Die logische und methodologische Deutung der Krankheitsbegriffes) . . . . 168

6.3. Zeichen und Symptome . 169

6.4. Die Gesundheit als Normalzustand und die normativen Standarde . . . 173

6.5. Die Etikettierungslehre . . 175

6.6. Das Normale und das Pathologische aus der soziologischen Perspektive . . . 176

6.7. Die Parameter des Gesundheitszustands . . . . . 179

6.8. Die Geshundheit und die gegenwärtige Gesellschaft. Die sozialen Änderungen und das universelle Ideal der Geshundeit . . . . . 193

6.9. Die Erhaltung und die Stärkung der Gesundheit als Bestandteil des Aufbauvorgangs der multilateral entwickelten sozialistischen Gesellschaft . . . . . 195

7. SOZIALE GEPRÄGE DER KRANKHEITEN. EIGENTÜMLICHKEITEN DER ANSTECKENDEN KRANKHEITEN ; CHRONISCH-DEGENERATIVE UND GEISTESKRANKHEITEN . . . . 199

7.1. Die Rolle der Soziologie der Medizin in der Erläuterung der Krankheiten . . . 201

7.2. Spezifische Ätiologie und multifaktorielle Ätiologie . 202

7.3. Klassifikation und die „soziale" Vorbeugung der Krankheiten . . . . . 204

7.4. Die epidemiologische Methode in dem soziologischen Studium der unterschiedlichen Krankhaftigkeit. Die Wirkungen der rural-städtischen Umgebung, der Bevölkerungsmobilität, und die Bedeutung der (ökologischen, beruflichen und „lebensstilspezifischen") Gefahrfaktoren . . . . . 212

7.5. Aktuelle Probleme der ärztlich-sozialen Forschung und Krankheitsbekämpfung in unserem Lande . . . . 229



Scanned with OKEN Scanner

8. ZIELE UND PRIORITÄTEN IN DER AUSARBEITUNG DER STRATEGIE DER PRÄVENTIVEN MEDIZIN . . 251

8.1. Funktionen und Strukturen des präventiven ärztlichen Systems . . . . . 252
8.2. Soziale Zwecke und Erfordenisse . . . . . 257
8.3. Der Wissenschaftliche Rahmen der sozio-ärztlichen Tätigkeit . . . . . 261
8.4. Vergleichsproblemen im Zusammenhang mit den verschiedenen Funktionen der ärztlichen Systemen in der heutigen Welt . . . . 274
8.5. Strategische Programme in der Gesundheitsentwicklung 284

9. DIE SOZIOLOGIE DES KRANKENHAUSES. DAS KRANKENHAUS ALS ÄRZTLICH-SOZIALE KONTROLLEINSTITUTION . . . . 290

9.1. Geschichtliche Entwicklung der Funktionen der Krankenhauses als ärztlich-soziale Kontrolle der menschlischen Gemeinschaften . 292
9.2. Theoretische Fragen in dem soziologischen Studium des Krankenhauses . . . . . 300
9.3. Strukturelle Kennzeichen des gegenwärtigen Krankenhauses . . . . . 303
9.4. Ärztlich-soziale Gesichtspunkte der im Rahmen des heutigen Krankenhauses geübten Tätigkeit . . . . 321
9.5. Sozio-psychologische Ausmasse der stationären Behandlung des Kranken . . 330

10. DIE FORSCHUNGSMETHODOLOGIE AUF DEM GEBIET DER MEDIZIN DER MENSCHLICHEN GEMEINSCHAFTEN . . . . . 349

10.1. Die Bedeutung der Forschungsmethodologie der menschlichen Gruppen und Gemeinschaften . . . . 359
10.2. Interdisziplinarität auf dem ärztlich-sozialen Gebiet . 352
10.3. Grundfragen und Grundsätze der soziologischen Methodologie . . . . 355
10.4. Soziologische Methoden und Techniken zur Datensammlung . . . . . 369
10.5. Ergänzende Methoden und Techniken auf dem Gebiet der Soziologie der Medizin 388
10.6. Gegenwärtigen Probleme der Forschung auf dem Gebiet der Soziologie der Medizin . . . . . 405

BEILAGE — ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN ODER ERRUNGENSCHAFTEN DER MEDIZIN . . . . . 420

BIBLIOGRAPHIE . . . . 422



Scanned with OKEN Scanner

# СОДЕРЖАНИЕ


Предисловие — акад. Шт. Милку . . 5
Предисловие — Марк Г. Фильд, С.Ш.А. . . . . 7
Предисловие — С. Холтер, Бельгия 15
Прецисловие — Е. Санд, Бельгия . 17
Введение . . . . . 39

1. СОЦИОЛОГИЯ И МЕДИЦНА ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ 47

1.1. Основные факторы, определяющие взаимосвязь социологии и медицины . . . . . 48
1.2. Социальные размеры современной медицины. Возможные новаторства в последние десятилетия XX века и первое десятилетие XXI века 49
1.3. Понятие «стрес» в медицине и социологии . . . . . 55
1.4. Социологическая теория и биологическое «моделирование» социальной действительности . . . . . 61
1.5. Эмпирическое социологическое исследование в области медицины. 66

2. ОБЛАСТЬ И ФУНКЦИИ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ 70

2.1. Предмет общей социологии 71
2.2. Предмет различных отраслей социологии . . . . . 73
2.3. Основной предмет социологии медицины: отношения, факты, явления и социо-медицинские процессы человеческих коллективов. . . . 74
2.4. Социология медицины и социология в медицине . . . . . 80
2.5. Социология медицины и общественная медицина . . . . . 82
2.6. Роль и функции социологии медицины в современную эпоху 87

3. КУЛЬТУРНО-СОЦИАЛЬНЫЕ РЕАКПИИ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ . . . . . 91

3.1. Магические реакции в период первобытной медицины . . . . . 91
3.2. «Конфессиональные» терапевтические реакции. . . . . 94
3.3. Религиозные реакции и болезнь 98
3.4. Собственно технологическая или «научная» реакция . . . . . 100
3.5. Медицина, наука социального действия. Санитарная охрана общественной среды . . . . . 104
3.6. Румынские медицинские традиции. Общественная направленность 107
3.7. К новой классификации медицины . . . . . 109

4. ВКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРОЦЕССЫ СОВРЕМЕННОГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ОРИЕНТАЦИЯ НА КОЛЛЕКТИВ 111

4.1. Физическое, психическое и социальное благополучие человеческих коллективов. Эра политической науки о здоровье. . . . . 111
4.2. Функции медицины человеческих коллективов в нашей стране 119
4.3. Роль медицины человеческих коллективов и требование к предохранительной медицинской деятельности . . . . . 125

5. ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ . . . . . 129

5.1. Медицина человеческие коллективы . . . . . 129




Scanned with OKEN Scanner

5.2. Современная концепция в области предохранительной медицины
5.3. Принципы и ресурсы медицины человеческих коллективов. Санитарное воспитание . . . . . 136
5.4. Демографические вопросы в исследовании человеческих коллективов. Элементы социологии сексуальности и демографического поведения. . . . . 138
5.5. Общесоциальное роле медицины человеческих коллективов. . . . 148

6. СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ИЗУЧЕНИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ . . 162

6.1. Медицина — как общественная наука. Система медицинского обслуживания, как система общественного контроля . . . . . 166
6.2. Понятие о болезни. Болезнь — как отклонение от «нормального». (Логическое и методологическое значение понятия о болезни) . . . . 166
6.3. Признаки и симптомы. . . . 168
6.4. Здоровье — как нормальное состояние и стандарты. . . . . 169
6.5. Теория «наклеивания ярлыка» 173
6.6. Нормальное и патологическое в социологической перспективе. Биопсихосоциальное здоровье . . 175
6.7. Показатели состояния здоровья 176
6.8. Здоровье и современное общество. Социальные преобразования и всеобщая мечта общества. . . . 179
6.9. Здравоохранение — составная часть процесса построения многосторонне развитого социалистического общества . . . . . 193

7. СОЦИАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЗНЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ, ХРОНИЧЕСКИХ, ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ И УМСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ . . 196

7.1. Роль социологии медицины в выяснении болезней. . . . . 199
7.2. Специфическая этиология и этиология, зависящая от множества факторов . . . . . 201
7.3. Классификация и «социальное» предохранение болезней. . . . . 202
7.4. Эпидемиологический метод в социологическом исследовании дифференциальной заболеваемости. Влияние сельской или городской среды, подвижности населения и значение факторов риска (экологических, профессиональных и специфических «стилю» жизни) . . . . 204
7.5. Актуальные вопросы исследования и медико-социальной борьбы против болезней в нашей стране 212

8. ЦЕЛИ И ПЕРВОСТЕПЕННЫЕ ЗАДАЧИ В РАЗРАБОТКЕ СТРАТЕГИИ ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ . . . . . 229

8.1. Функции и структуры системы предохранительной медицины . . . 251
8.2. Цели и социальные запросы 252
8.3. Научный характер социо-медицинской деятельности. . . . . 257
8.4. Сравнительные данные в связи с функциями медицинских систем в современном мире. . . . . 261
8.5. Стратегические программы по развитию состояния здоровья . . . 274

9. СОЦИОЛОГИЯ БОЛЬНИЦЫ. БОЛЬНИЦА — КАК УЧРЕЖДЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ . . . . . 284

9.1. Историческое развитие функций больницы в области медицинского и социального контроля человеческих коллективов . . . . . 290
9.2. Теоретические вопросы в социологическом исследовании больницы. 292
9.3. Структуральные особенности современной больницы . . . . . 300
9.4. Медико-социальные аспекты работы в современной больнице . 303
9.5. Социопсихологические размеры госпитализации больного . . . . . 321

10. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ КОЛЛЕКТИВОВ . . . . . 330

10.1. Значение методологии исследования человеческих групп и коллективов . . . . . 349
10.2. Связь между различными дисциплинами в социально-медицинской области . . . . . 349
10.3. Вопросы и основные принципы социологической методологии . . 352
10.4. Методы и социологическая техника сбора данных. . . . . 355
10.5. Методы и дополнительная техника, использованные в области социологии медицины. . . . . 369
10.6. Актуальные вопросы исследования в области социологии медицины . . . . . 388

Приложение —События и будущие достижения в области медицины . . . . . 405
ЛИТЕРАТУРА . . . . . 420
422



Scanned with OKEN Scanner

# INTRODUCERE

Epuizarea rapidă a primei ediții a lucrării, dovedind interesul larg al publicului într-un domeniu prin excelență interdisciplinar, a făcut necesară o nouă ediție revizuită și adăugită, care să includă pe de o parte noile informații științifice difuzate în intervalele dintre ediții, iar pe de altă parte analiza, evident rezumativă, a schimbărilor structurale ale medicinei și a realizărilor din științele sociale, deosebit de profunde în această perioadă.

Trăim, incontestabil, într-o lume a schimbării, a mutațiilor permanente, care obligă la depășirea punctelor de vedere anterioare, la completarea cunoștințelor cu eficiență aplicativă și la eliminarea celor mai puțin valide din punct de vedere teoretic și practic. Este soarta oricărui manual științific de a fi depășit de evenimentele ulterioare și de a se supune exigențelor unei extinderi a conținutului tematic, chiar din momentul în care a fost scris și publicat.

În intervalul care s-a scurs între cele două ediții, în medicină, ca și în științele sociale și umane, s-au petrecut multiple schimbări, care afectează atît domeniul său tehnic și de organizare, cît și învățămîntul și cercetarea fundamentală și aplicativă, specifice practicii medicale.

În prezent, revoluția tehnică-științifică, cu procesele ei universalizante, întreține o pluralitate de tendințe, care „șochează" atît pe viitorolog, cît și pe omul de știință, antrenînd o permanentă și constantă preocupare din partea specialiștilor, constrînși să abandoneze astăzi reperele particulare ale disciplinei de referință și să se orienteze din ce în ce mai frecvent spre puncte de vedere integrate disciplinar.

Apare deci firesc ca, în epocile de răscruce, de ample și diversificate mutații structurale, așa cum apar ele în civilizația contemporană, omenirea să-și pună problema integrării interdisciplinare și să încerce să o rezolve, ca modalitate optimă de obiectivare a personalității, în raport cu un anumit context social-uman. Pentru știință, cerințele adaptării omului în cadrul unei societăți în continuă schimbare și dezvoltare impun sarcini noi, reconsiderînd în mod fundamental punctele ei de



Scanned with OKEN Scanner

vedere tradiționale. În condițiile în care cunoașterea științifică se circumscrie în prezent din ce în ce mai mult în imperativele practice ale progresului social, perspectiva dezvoltării științelor apare permanent legată de tendințele lor de diversificare și mai ales de integrare. Evoluția societății contemporane, sub impulsul progresului tehnic-științific, a dus la apariția unor importante mutații în sistemul general al clasificării științelor, în epistemologia, metodologia și logica lor interioară. „Fapt este că, în prezent, știința nu există ca entitate unică, de sine stătătoare, ci există doar un anumit număr de științe... Dezvoltarea științifică a fost în mare parte centrifugă, fiecare știință tinzînd să-și urmeze propria ei cale în mod izolat, cantonîndu-se în domeniul ei de cercetare și explorîndu-l din ce în ce mai adînc“ (1). În epoca actuală de profunde transformări, problemele vieții sociale sînt deosebit de complexe, iar soluțiile nu țin seama de granițele istoricește constituite ale diferitelor științe. Ca urmare, există o largă tendință de apropiere și de convergență între ramurile științei, care orientează în domeniile cunoașterii, direcția sintezei și integrării lor multidisciplinare și interdisciplinare.

Această tendință, cu consecințe fecunde pentru dezvoltarea teoriei și practicii științifice contemporane, apare evidentă în cazul științelor sociale, ale căror domenii de cercetare se raportează la dimensiunile specifice ale fenomenului social. Alături de științele „pozitive“, tradiționale, care sporesc potențialul de creație al omului, știința socială contribuie la efortul de perfecționare a relațiilor din cadrul societății, la cunoașterea și dirijarea conștientă a complexului de fenomene sociale, politice, economice, demografice, etice și — nu în ultimul rînd — a problemelor de sănătate și de protecție medico-sanitară, generate de funcționalitatea sistemului social.

În ceea ce privește complexitatea acestor fenomene și a legăturilor dintre ele, ea apare de o astfel de natură, încît o abordare singulară din perspectiva fiecărei științe sociale în parte n-ar face altceva decît să sărăcească însuși conținutul lor. Ca efect, perspectiva sociologică, această largă tendință teoretică și practică, de unificare a domeniului cunoașterii sociale, apare ca fiind cea mai potrivită modalitate de abordare a relațiilor conexe între aceste discipline, generînd posibilitatea integrării problematicii lor într-un corp unitar și autonom. Cercetînd complexul realității sociale din punctul de vedere al ansamblului de fenomene, procese și relații și lăsînd în seama științelor sociale particulare perspectiva abordării unor domenii specifice, sociologia apare ca o adevărată unitate în diversitatea punctelor lor de vedere, supunînd obiectul lor de cercetare unei dimensiuni integratoare și totalizatoare.

Sociologia a fuzionat însă nu numai domeniile de cercetare ale unor discipline sociale particulare, ci a oferit și oferă în permanență un suport epistemologic, teoretic și practic așa-numitelor discipline tradiționale.

Pentru medicină, punctul de vedere sociologic constituie, mai ales în prezent, în condițiile dezvoltării și diversificării domeniilor ei de cercetare, unul dintre principalele repere teoretice și metodologice, care orientează practica social-medicală în direcții multifuncționale de abordare. Medicina contemporană nu mai poate fi concepută în spirit tradițional, ca un singular mod de raportare la factorii exclusiv biologici, ci



Scanned with OKEN Scanner

impune, deopotrivă, considerări pluraliste ale unor perspective sociale mai largi.

Din acest punct de vedere, trebuie înțeleasă profunda semnificație social-umană a directivelor Congresului al XII-lea al P.C.R. care, pe lîngă sarcinile cu profil strict profesional trasate sistemului nostru medical-sanitar, a elaborat totodată un complex de măsuri cu privire la controlul factorilor sociali care facilitează sau, dimpotrivă, afectează negativ starea de sănătate a populației. Astfel, ridicarea nivelului calității vieții, creșterea bunăstării materiale și spirituale a maselor de oameni ai muncii, optimizarea factorilor de organizare, sporirea rolului social al mediului de muncă și de convietuire sînt numai cîteva din direcțiile de acțiune trasate științelor medicale și sociale în perioada actuală și care converg către asigurarea unei complete stări de sănătate (fizică, psihică și socială), tuturor membrilor societății.

Constituind cadrul legal, propice, de traducere în viață a sarcinilor izvorîte din directivele Congresului al XII-lea al Partidului, noua lege sanitară fixează o serie de responsabilități sociale pentru continua îmbunătățire a activității medicale, de asigurare, conservare și dezvoltare a sănătății populației. În spiritul legii, practica medicală constituie o activitate cu profunde rezonanțe sociale, care se integrează în sfera generală a activității materiale a oamenilor, solicitînd considerarea complexă și corelată a factorilor care pot interveni la nivelul structurilor și proceselor sociale.

Așa cum subliniază documentele Congresului al XII-lea al P.C.R. și celelalte documente de partid și de stat, apărarea și întărirea sănătății publice constituie o componentă de bază a edificării societății socialiste, multilateral dezvoltate, o latură esențială a procesului multilateral de dezvoltare și înflorire a întregii noastre națiuni socialiste.

În cincinalul 1981—1985 — arăta prof. Eugen Proca — „medicina noastră va continua linia optimistă a scăderii morbidității generale prin factori infecțioși, a diminuării mortalității infantile și materne, a eradicării și diminuării unor boli transmisibile, a creșterii longevității. Există toate premisele materiale și de cadre pentru asemenea realizări. Depinde doar de munca celor aproape 40 000 de medici și 150 000 de cadre medii ca acestea să devină realitățile de mîine“ (398).

Pe plan științific, această evaluare obligă la o permanentă considerare a sănătății în contextul marilor procese și schimbări sociale specifice societății noastre, în raport cu convergența factorilor sociali și medicali care o studiază și elaborează, în acest sens, măsuri aplicative corespunzătoare.

Din acest punct de vedere, apariția sociologiei medicinei ca ramură relativ nouă în registrul cunoașterii sociologice, departe de a constitui doar un mod accidental de ilustrare a actualei tendințe de integrare a științelor, asigură realizarea unui deziderat inedit : sinteza între științele ale căror granițe păreau, pînă mai ieri, de netrecut, între științele naturii și științele sociale, între medicină — considerată multă vreme o disciplină exclusiv biologică — și sociologie, ca domeniu integrat al disciplinelor sociale particulare. Dacă, prin intermediul științelor medicale, oamenii acționează asupra propriei lor naturi biologice, asigurîndu-și condiții de autoconservare ontogenetică și filogenetică, starea sănătății omului are o



Scanned with OKEN Scanner

cauzalitate multiplă, generată în cea mai mare măsură de natura complexă a factorilor sociali. Prin caracterul integral al metodelor sale de analiză, prin concluziile sale globale, sociologia medicinei poate să aprecieze starea de sănătate a populației oferind posibilitatea unor abordări realiste a problemelor care se ridică în diverse domenii ale practicii medicale, în organizarea ocrotirii sănătății, în distribuirea rațională a forțelor sanitare, în repartizarea teritorială a bazei materiale, în raporturile existente între personalul medical și bolnav etc. Atît prin latura teoretică, cît și prin cercetările social-medicale concrete, sociologia medicinei asigură eficiența dirijării procesului de organizare sanitară, conferind medicinei un rol aparte în dezvoltarea societății. În condițiile în care medicina contemporană capătă o importanță din ce în ce mai mare în ansamblul științelor acțiunii, sociologia medicinei se dovedește un instrument indispensabil în terapeutica și profilaxia medicală, în dezvăluirea structurii și dinamicii proceselor socio-patologice și corelațiilor dintre progresul tehnico-științific și cerințele de ocrotire a sănătății. Așa cum a subliniat conferința privind îngrijirea primară a sănătății, desfășurată în septembrie 1978 la Alma-Ata, *„noua eră a sănătății"* marchează deplasarea interesului medicinei de la individ la colectivitate, deschiderea către societate, comunitate, către aspectele colective ale sănătății și bolii, fiind specifică practicii medicale a perioadei prezente. Insistînd asupra necesității de redefinire a noțiunii de sănătate, pentru a include în cadrul ei o serie de elemente social-economice și social-culturale, conferința a calificat, totodată, epoca actuală a medicinei ca o *„eră a științei politice a sănătății"*, aducînd argumente în favoarea demonstrării faptului că astăzi sănătatea constituie o problemă de decizie politică, în elaborarea căreia apare implicată întreaga societate. Pe baza elaborării unor recomandări specifice pentru mai multe domenii de activitate medicală și socială, conferința de la Alma-Ata a demonstrat convingător rolul sociologiei medicinei în cunoașterea etiologiei bolilor, ca și ideea că trecerea de la boală la sănătate nu se poate realiza doar prin simpla suprimare a bolii, după cum nici sănătatea plenară a unei comunități nu poate fi realizată dacă ne ocupăm numai de individ.

Medicina actuală este confruntată în prezent cu problemele de sănătate ale omului în ambianța mediului de muncă, de viață, de conviețuire, adică în mediul lui social nemijlocit. Această problematică, prin excelență sociologică, se dovedește a fi din ce în ce mai mult punctul de convergență al unei inedite și fecunde întîlniri între științele medicale și științele sociale, reclamînd confruntarea permanentă și sistematică a domeniilor lor de cercetare și raportarea continuă la colectivitate și societate.

Ca o consecință, pe plan mondial, lucrările și cercetările de sociologie a medicinei sînt astăzi relativ numeroase*, parte din ele aducînd o valoroasă și utilă contribuție în dezbaterea și soluționarea problemelor social-medicale, ridicate de impactul revoluției științifice-tehnice cu societatea contemporană. Însușindu-și punctul de vedere, potrivit căruia criteriul strict biologic nu mai constituie o bază unică de plecare în definirea fenomenelor de boală și sănătate, atenția literaturii medicale și sociale se

*, Bibliografia în domeniul sociologiei medicinei numără astăzi mii de titluri, dovedind rapida proliferare a acestei noi ramuri în cîmpul disciplinelor medicale consacrate.



Scanned with OKEN Scanner

îndreaptă, din ce în ce mai mult, către fuzionarea dimensiunilor psihologice, sociale și chiar culturale ale bolii. În conformitate cu O.M.S., sănătatea este „o condiție de bunăstare fizică, psihică și socială completă și nu numai lipsa bolii sau infirmității" (2). Criteriile actuale de determinare a bolii impun din ce în ce mai mult considerarea complementară a unor factori macro- și microsociali, ca factori mediatori ai stării de sănătate a populației. În măsura în care normele de grup se constituie permanent ca parte integrantă a totalității de norme și de reglementări sociale, sistemul de îngrijire medicală trebuie privit el însuși ca un sistem de control social, care asigură, în cea mai mare măsură, funcționalitatea macrosistemului social.

Pornind de la aceste baze ale unei înțelegeri și interpretări complete a fenomenelor social-medicale, dezbaterile științifice din ultimii ani în problemele de sociologie a medicinei, au subliniat, de nenumărate ori, rolul acestei discipline în contextul disciplinelor medicale contemporane. La seminarul de la Hanovra, desfășurat în 1969, sub auspiciile Organizației Mondiale a Sănătății, s-a stabilit ca sociologiei medicinei să i se acorde o importanță egală cu cea care se dă anatomiei, fiziologiei și chimiei, pentru ca, încă de la început, studentul în medicină să ajungă la înțelegerea faptului că biologicul și socialul trebuie să aibă aceeași pondere în cadrul teoriei și practicii medicale. La conferința de la Aberdeen (Scoția), din 1970, s-a subliniat că învățămîntul științelor sociale din medicină, în afară de contribuția pe care trebuie să o aducă integrării medicinei în viața socială, trebuie să țină seama de structura, funcțiile, mecanismele și dinamica proceselor social-economice, de amplele mutații în structura socială și profesională, recunoscînd astfel bolii și sănătății caracterul lor social. De asemenea, alte conferințe internaționale, printre care cele din 1979 de la Amsterdam și Gand, dedicate dezbaterii problemelor sociale și juridice ale medicinei, au demonstrat din ce în ce mai convingător rolul sociologiei medicinei și al celorlalte științe sociale pentru cunoașterea și explicația stării de sănătate și boală a colectivităților umane, subliniind faptul că atît sănătatea, cît și boala au atins astăzi un proces de socializare crescîndă, care necesită o responsabilitate politică sporită, ca și o răspundere social-economică profundă din partea guvernelor diferitelor țări. Printre cele mai importante probleme dezbătute s-au numărat cele privind : îngrijirea primară a sănătății, sistemele comparative de îngrijire a sănătății, rolul publicului (consumatorului) în politica sănătății, prioritățile în alocarea resurselor financiare și umane, relațiile dintre politica socială și cea medicală, controlul costului îngrijirii sănătății, strategiile de intervenție și modelele de sănătate determinate de stilul de viață a populației, metodologia strategiilor de intervenție în domeniul măsurilor de sănătate, aspectele etice ale experimentului uman etc.

Aceste probleme circumscrise în tematicile majore ale medicinei contemporane (organizarea îngrijirii sănătății în contextul politic ; elaborarea deciziilor în politica sănătății ; strategiile de intervenție medicală și măsurile corespunzătoare) sînt nemijlocit legate de obiectul de studiu al sociologiei medicinei, de ideea conform căreia sănătatea este pe rînd o stare individuală, o stare colectivă și un obiectiv social-politic.

În cadrul tuturor acestor manifestări, ca și în celelalte dezbateri și reuniuni internaționale, s-a accentuat ideea de a da pregătirii medicale



Scanned with OKEN Scanner

de specialitate un suport nemijlocit social, de a o completa cu cunoştinţe de sociologie a medicinei, capabile să ofere medicului criterii ştiinţifice complexe în abordarea problematicii social-medicale concrete. Deosebit de semnificativ este faptul că o mare parte din tematica prezentată la congresele şi dezbaterile internaţionale chiar de teoreticienii nemarxişti, a răspuns unor necesităţi obiective, caracteristice tendinţelor progresiste actuale ale medicinei contemporane. Se constată deseori o poziţie favorabilă socializării şi instituţionalizării medicinei şi utilizării concepţiei marxiste despre lume şi societate, atît în analizele privind dezvoltarea şi perfecţionarea sistemului de îngrijire medicală, cît şi în prezentarea rezultatelor unor cercetări concrete întreprinse în această direcţie. Totuşi, faptul că uneori sociologia medicinei, elaborată şi profesată de pe poziţii nemarxiste, se constituie adesea în ţările capitaliste ca mijloc de justificare a unei stări de fapt, ne obligă la elaborarea unor atitudini critice diferenţiate faţă de analizele teoretice ale unor sociologi occidentali. De multe ori, poziţia apărării „establishmentului", a justificării „statu-quo"-ului, generează din partea acestor sociologi atitudini contradictorii faţă de situaţia reală existentă în sistemul de îngrijire medicală din ţările capitaliste. Se relevă, astfel, necesitatea unor preocupări pentru elaborarea detaliată şi amplă de pe poziţii marxiste consecvente, a problemelor sociologiei medicinei, în condiţiile cunoaşterii tabloului patologic al lumii contemporane şi al aprecierii schimbărilor petrecute în practica şi teoria medicală actuală. Aceasta înlesneşte — pentru sociologii marxişti — posibilitatea unei replici viguroase la adresa circulaţiei afirmaţiei pretenţioase a unor sociologi, care de multe ori îşi arogă o paternitate exclusivă asupra sociologiei medicinei, ignorînd evoluţia ei istorică în diverse ţări, printre care şi ţara noastră. Ediţia a doua a lucrării completează modelul teoretic elaborat în prima ediţie, care aborda principalele probleme cu care se confruntă sociologia medicinei, întărind exigenţa oferirii unui răspuns ştiinţific fundamentat, de pe poziţiile materialismului dialectic şi istoric, poziţiilor nemarxiste ale unor sociologi occidentali, care ignoră tradiţiile valoroase născute din eforturile unor medici progresişti de diferite naţionalităţi, din perioadele mai mult sau mai puţin îndepărtate ale istoriei medicinei.

Elaborarea acestei ediţii evaluează noile condiţii istorice în care se desfăşoară practica medicală contemporană în diverse ţări, abordînd multiplele probleme referitoare la conţinutul şi orientarea, modul de organizare şi condiţiile materiale asigurate asistenţei medicale, selecţionării, pregătirii şi utilizării personalului medical-sanitar, la întreg complexul de măsuri elaborate în această direcţie.

De aceea, conţinutul tematic al lucrării a fost extins în direcţia includerii unor noi capitole şi subcapitole, elaborate din necesitatea sublinierii orientării actuale a medicinei către colectivitate, către aspectele colective ale sănătăţii şi bolii. Această necesitate a generat, la rîndul ei, exigenţa cuprinderii unor noi aspecte tematice legate de noul profil tehnic, profesional şi de organizare al medicinei contemporane, de schimbările şi noile orientări de poziţie ale medicinei româneşti, ca urmare a măsurilor elaborate de documentele de partid şi de stat, de noua lege sanitară din ţara noastră.



Scanned with OKEN Scanner

Se înțelege că, în acest sens, conținutul bibliografic al lucrării a fost sporit, noii ediții adăugîndu-i-se încă un număr apreciabil de articole și lucrări consultate de autori în intervalele dintre ediții.

O pondere deosebită a fost acordată în lucrare dezbaterii aspectelor medicinei preventive a colectivităților umane, insistîndu-se, de această dată, mai mult asupra noțiunilor privind starea colectivă a sănătății și direcțiilor de acțiune, care decurg de aici, pentru întreg sistemul medical. Un loc aparate a fost destinat realizărilor notabile ale medicinei românești din ultimii ani, problemelor ridicate cu ocazia dezbaterilor sarcinilor trasate de Congresul al XII-lea al P.C.R. aparatului nostru medical și paramedical.

În societatea socialistă sănătatea oamenilor constituie, în primul rînd, o problemă de stat. De aceea ea nu se limitează numai la o asistență pur medicală, ci face parte integrantă din politica de dezvoltare și edificare multilaterală a societății, de făurire a omului nou. În acest cadru se înscrie și preocuparea constantă a partidului și statului nostru pentru dezvoltarea asistenței medicale și pentru perfecționarea activității sanitare din R.S.R. „În concordanță cu țelurile și imperativele majore ale societății noastre socialiste, care consacră omul ca supremă valoare socială, Partidul Comunist Român a ridicat problema ocrotirii sănătății publice la rangul de politică de stat, situînd-o printre obiectivele de bază ale programului de construire a noii orînduiri" (3).

Așa cum sublinia tovarășul Nicolae Ceaușescu, „medicina este o profesie, dar nu este o profesie ca toate celelalte. Ea cere nu numai multă pricepere, ci și multă dragoste pentru om, multă omenie, pasiune de a te dedica sănătății oamenilor" (4).

De aceea, promovarea din partea medicului a unei concepții globale, care să țină seama de condițiile concrete în care se desfășoară acțiunea triadei bio-psiho-sociale a sănătății, impune ca fiind absolut necesară includerea punctului de vedere sociologic în medicină. Pornind de la aceste premise, lucrarea de față încearcă să răspundă cerințelor de construire a unor informații sistematizate în domeniul medicinei contemporane și al dinamicii ei sociale.

Ea se bazează în mare măsură pe experiența activității de predare și cercetare desfășurată în cadrul colectivului de sociologie a medicinei din I.M.F. București, care a sărbătorit în anul 1979, aniversarea a 10 ani de activitate rodnică și laborioasă.

În măsura în care asimilarea acestor informații va putea contribui la diversificarea bagajului de cunoștințe ale specialistului, angrenat în practica social-medicală, autorii consideră scopul lucrării ca fiind realizat. Este sarcina cititorului să aprecieze acest lucru. În ceea ce-i privește pe autori, aceștia evaluează posibilitatea unor completări și reluări ulterioare ale acestei încercări, considerată în opinia lor ca un instrument de lucru, susceptibil de a fi perfecționat și întregit.

**AUTORII**

Scanned with OKEN Scanner

# 1.
# SOCIOLOGIA ŞI MEDICINA COLECTIVITĂŢILOR UMANE

„Măsurile preventive sînt mijloacele cele mai eficace pentru a păstra sănătatea colectivităţilor".

I. IACOBOVICI

Ca ramură nouă, cu statut autonom în cadrul sistemului de clasificare a ştiinţelor, sociologia medicinei are o origine relativ recentă. Majoritatea autorilor care s-au ocupat de această disciplină consideră — pe bună dreptate — că sociologia medicinei s-a constituit abia în ultimele decenii, condiţionată în mare măsură de schimbările sociale intervenite în sănătatea publică, ca urmare a progreselor înregistrate de medicina contemporană. Rodney M. Coe precizează că, în special după al doilea război mondial, „apare un interes crescînd pentru relaţiile dintre medicină şi sociologie şi celelalte ştiinţe sociale". Ca orientare generală, în cadrul activităţii medicale, sociologia medicinei are însă, origini mult mai îndepărtate, care se conturează mai precis în a doua jumătate a secolului trecut. Sesizînd legătura dintre apariţia acestei orientări şi condiţiile specifice ale secolului al XIX-lea, avem în vedere faptul că lucrările lui Marx şi Engels, influenţa mişcării socialiste în rîndul proletariatului şi, îndeosebi, problemele sociale şi sanitare ale acestuia au contribuit mai activ la pătrunderea noţiunilor socialului în medicină, pentru a determina noi criterii ştiinţifice în procesul ocrotirii sănătăţii populaţiei. Cerinţa conceperii „integraliste" şi globale a fenomenelor de sănătate şi boală, din punctul de vedere al diferiţilor factori sociali, economici, culturali, spirituali care le condiţionează, a impus consacrarea punctului de vedere sociologic în domeniul medicinei. Care sînt factorii care au contribuit la împletirea intereselor celor două domenii, sociologia şi medicina ? În ce măsură convergenţa celor două puncte de vedere — biologic şi social — asupra bolii şi sănătăţii a dus la apariţia sociologiei medicinei ca ramură constituită în cadrul disciplinelor medicale ? Înainte de a trece la examinarea raporturilor dintre sociologie şi medicină şi a modului în care cele două ştiinţe au ajuns să-şi constituie o platformă comună de colaborare, considerăm necesară o analiză a situaţiei fiecărei ştiinţe în parte.



Scanned with OKEN Scanner

## 1.1. FACTORII PRINCIPALI CARE AU DETERMINAT CONVERGENȚA SOCIOLOGIEI CU MEDICINA

În decursul secolului al XX-lea, medicina a înregistrat schimbări importante atît în ceea ce privește conținutul ei teoretic, cît și în activitatea practică. Orientarea din ce în ce mai accentuată către medicina preventivă, către medicina de colectivitate, dovedește în cel mai înalt grad faptul că dezvoltarea sănătății publice a constituit și constituie un important sector de activitate socială, cu efecte salutare asupra bunăstării întregii societăți. Încă de foarte multă vreme „medicina a fost chemată nu numai să vindece bolile indivizilor, ci și să apere de boli colectivitățile" (30). Acestei preocupări i-au venit în întîmpinare, în secolul al XIX-lea, medicina și igiena socială, care aveau ca scop principal orientarea medicinei către o latură preventivă și profilactică, bazată în special pe diferite modalități de control asupra modului cum influențează factorii sociali sănătatea publică. În această perioadă pătrund în medicină termeni noi, cum ar fi : boală socială, patologie socială, mediu social, terapie socială, care consacră în mod sistematic interesul medicului către aspectele sociale ale sănătății și bolii și dovedesc că medicina este, în aceeași măsură, o știință socială, ca și o știință biologică. Pornind de la acest fapt, s-a ivit ulterior necesitatea pe de o parte a integrării acestor noțiuni cu conținut social într-un cîmp unitar de studiu, iar pe de altă parte a precizării în ce măsură anumite boli pot fi etichetate ca fiind exclusiv „sociale", iar altele condiționate doar de factorii biologici.

Dacă începuturile pătrunderii și cristalizării punctului de vedere social în domeniul medicinei aparțin, incontestabil, orientării în favoarea generalizării măsurilor de igienă socială și medicină preventivă, către sfîrșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea apare o tendință vizibilă de constituire a unei ramuri noi în cadrul științelor medicale consacrate. Este vorba nu numai de apariția unui nou domeniu, care circumscrie socialul ca o problemă aparte a medicinii, ci de constituirea unui întreg demers istoric, care va revoluționa teoria și practica actului medical. Se confirmă astfel, cunoscuta afirmație a lui Rudolf Virchow, care încă din deceniul al V-lea al secolului trecut, declarase că „medicina este o știință socială în toate resorturile ei esențiale" (12).

Această afirmație categorică, de teză programatică, avea să evidențieze, dincolo de constatarea caracterului rigid al sistemului clasificării științelor — în naturale și sociale — o întreagă acțiune istorică. Întîi, pentru că de peste 100 de ani istoria civilizației a înregistrat și înregistrează, în permanență, tendințe legice de revoluționare a esenței umane, asimilată din ce în ce mai mult — în sensul atribuit de Marx — ansamblului de relații sociale în care este integrat omul. În al doilea rînd, pentru că epoca de astăzi, epocă a „exploziilor" și „revoluțiilor" urbane, demografice, informaționale, școlare, culturale și așa mai departe, reprezintă o linie de continuitate pentru epoca anterioară (a secolului al XIX-lea), pentru care deplasarea de accent de la individ la mase apărea ca o adevărată cotitură istorică. Și în sfîrșit, în al treilea, dar nu și în ultimul rînd, pentru că medicina a fost obligată să țină pasul cu aceste schimbări, părăsind exclusivitatea punctelor ei de vedere tradiționale asupra sănătății și bolii. În acest mod, ea și-a constituit o viziune unitară și integrală



Scanned with OKEN Scanner

asupra obiectului său de studiu, raportîndu-se din ce în ce mai mult la reperele unei antropologii sociale active, derivată din înţelegerea caracterului colectiv al celor două fenomene.

A doua jumătate a secolului al XIX-lea, caracterizată de evenimente profund revoluţionare, afirmă şi consolidează din ce în ce mai mult noţiunea de masă, de mulţime, de colectivitate. Saltul de la inidivid la societate apărea ca o condiţie hotărîtoare a înţelegerii caracterului colectiv al proceselor generate de civilizaţia industrială, care în această epocă capătă deplina ei afirmare. Pe de altă parte, efectele nocive şi disfuncţionale, apărute ca urmare a generalizării acestor procese, impun specialiştilor analize cu caracter mai global asupra factorilor care favorizează sau nu sanogeneza mediului, pentru a-i putea identifica, controla şi dirija. Faţă de această situaţie — pentru care analizele întreprinse de pe poziţiile particulare ale diferitelor ştiinţe tradiţionale se dovedeau cel puţin incomplete — medicina a reacţionat într-un mod propriu. Ca urmare, perioada civilizaţiei industriale, perioadă de „luptă a vechii societăţi birocratice, împotriva societăţii burgheze moderne, de luptă dintre societatea liberei concurenţe şi aceea a sistemului de breaslă, dintre societatea proprietăţii funciare şi aceea a industriei, dintre societatea credinţei şi aceea a ştiinţei“ (13), va oferi premisele unei noi orientări în istoria actului medical. Condiţionată istoric de necesitatea completării reciproce între punctele de vedere ale ştiinţelor biologice şi ale celor sociale, între dimensiunea fizică şi cea socială a bolii şi sănătăţii, sociologia medicinei se constituie încă de la sfîrşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului al XX-lea, ca orientare generală a procesului medical.

## 1.2. DIMENSIUNILE SOCIALE ALE MEDICINEI CONTEMPORANE. INOVAŢII PROBABILE ÎN ULTIMELE DECENII ALE SECOLULUI AL XX-LEA ŞI PRIMELE DECENII ALE SECOLULUI AL XXI-LEA

Începînd cu primii ani ai secolului al XX-lea, gîndirea medicală redescoperă necesitatea de a integra fenomenele de boală şi sănătate într-un context social, necesitate care generează de fapt convergenţa intereselor medicinei cu cele ale sociologiei, cele două ştiinţe devenind din ce în ce mai conştiente de necesitatea cooperării dintre ele, pentru ca ultimele trei decenii să consacre definitiv naşterea sociologiei medicinei ca ramură nouă cu un profund caracter interdisciplinar.

La baza acestei schimbări a stat, în primul rînd, progresul ştiinţelor medicale, în ceea ce priveşte epidemiologia bolilor cronice şi infecţioase. În condiţiile în care o bună parte din efectele bolilor epidemice au putut fi stăvilite cu ajutorul măsurilor luate în domeniul medicinei preventive, ponderea acestora în totalul cazurilor de morbiditate s-a redus simţitor, pentru ca între 1900 şi 1960 „contribuţia lor la mortalitate să scadă de la 40 la 6%“ (18). Acest fapt, datorat în mare măsură evoluţiei economice, care a progresat paralel cu evoluţia stării sanitare în Europa, a facilitat orientarea activităţii medicului nu numai către combaterea cazurilor acute ale bolilor infecţioase, dar şi către soluţionarea unor probleme de mai mică urgenţă, a unor afecţiuni cu efect cronic prelungit. „De fapt“ — scrie un autor — „numai după ce bolile acute au început să fie stăpînite, mulţi bolnavi au putut supravieţui, pentru a simţi efectele



Scanned with OKEN Scanner

depline şi prelungite ale bolilor cronice" (19). În secolul al XX-lea, atît boala cît şi sănătatea au atins un asemenea grad de socializare, încît problema raportului între sănătate şi societate a devenit problema esenţială a politicii sanitare, transformîndu-se din ce în ce mai mult într-o componentă programatică a teoriei şi practicii medicale. Astfel, tratarea bolilor cronice fiind prin definiţie o problemă de termen lung, a permis autorităţilor să-şi concentreze eforturile în direcţia găsirii unor metode eficace şi a elaborării unor previziuni de durată, pentru a face din sănătatea publică o importantă problemă de planificare socială, cu profunde influenţe asupra organizării medicinei profesionale. În acest domeniu, stabilirea unor obiective şi norme precise pentru teoria şi practica medicală, creşterea şi diversificarea rapidă a specialităţilor medicale, organizarea învăţămîntului medico-sanitar au amplificat procesul socializării profesionale, contribuind la afirmarea profesiei de medic pe plan social.

Pe de altă parte, în perioada contemporană, progresul ştiinţelor, tehnicilor şi descoperirilor medicale, a contribuit enorm la transformarea modului de organizare a practicii medicale, care a devenit parte componentă a practicii sociale, instituţionalizate, de la nivelul majorităţii sistemelor politice naţionale. Autorii care s-au ocupat de această problemă grupează factorii care au modelat tendinţele de instituţionalizare socială a medicinei, în trei categorii : 1) cei legaţi de noul profil de organizare a actului medical (apariţia unor grupuri profesionale noi, care participă la actul medical şi la îngrijire, aparatul paramedical şi serviciile auxiliare, personalul tehnic şi mediu sanitar etc. ; diversificarea specialităţilor medicale ; influenţa tehnicilor şi a medicamentelor asupra relaţiei medic-bolnav ; masificarea mijloacelor de difuzare şi comunicare a cunoştinţelor şi descoperirilor medicale ; modificarea raporturilor între diferite categorii de medici şi tendinţa de interdisciplinaritate pronunţată în cadrul exercitării acţiunilor medicale etc.) ; 2) factorii legaţi de concentrarea îngrijirii medicale în unităţile spitaliceşti cu funcţionalitate complexă (îngrijire, învăţămînt, cercetare), care pun probleme deosebit de complexe de natură organizatorică (gestiunea, diviziunea muncii, raporturile de comunicare şi schimb între servicii, modul de repartizare şi îndeplinire a sarcinilor, organizarea ierarhică, legăturile între diferite formaţiuni profesionale ca medici, personal administrativ, tehnic, paramedical, auxiliar etc.) şi 3) factorii legaţi de problemele de planificare şi economie medicală (costul sănătăţii, raţionalizarea şi controlul de stat al cheltuielilor, orientarea investiţiilor, repartizarea bugetului pentru rezolvarea şi instituirea unui „drept de sănătate", nivelarea tendinţelor de inegalitate socială în faţa bolii şi morţii etc.).

Fără îndoială — consideră M. Field — profesia medicală este cea care a reuşit cel mai bine în epoca noastră să-şi autonomizeze propriul domeniu de activitate pentru a deveni un subsistem distinct în cadrul sistemului social.

Acestor schimbări în statutul medicului, ca şi în structura de organizare a actului medical, le-au corespuns în mare măsură transformările de concepţie în abordarea etiologiei bolilor. Astfel, epidemiologia (studiul factorilor privind distribuţia bolilor în cadrul unei populaţii) a permis constatarea potrivit căreia majoritatea bolilor cronice nu se datoresc unei cauze specifice, singulare, ci, dimpotrivă, sînt rezultatul unui com-



Scanned with OKEN Scanner

plex de factori care acţionează într-un context social. „Epidemiologia bolilor cronice implică deci studiul obiceiurilor şi experienţelor sociale ale oamenilor, iar combaterea lor este, în mare măsură, o problemă de motivaţie socială“ (20). Se înţelege că acest punct de vedere a facilitat convergenţa ştiinţelor medicale cu ştiinţele sociale, făcînd indispensabilă coroborarea rezultatelor obţinute în domeniul antropologiei, demografiei, sociologiei, psihologiei cu cele obţinute în domeniul biologiei şi medicinei.

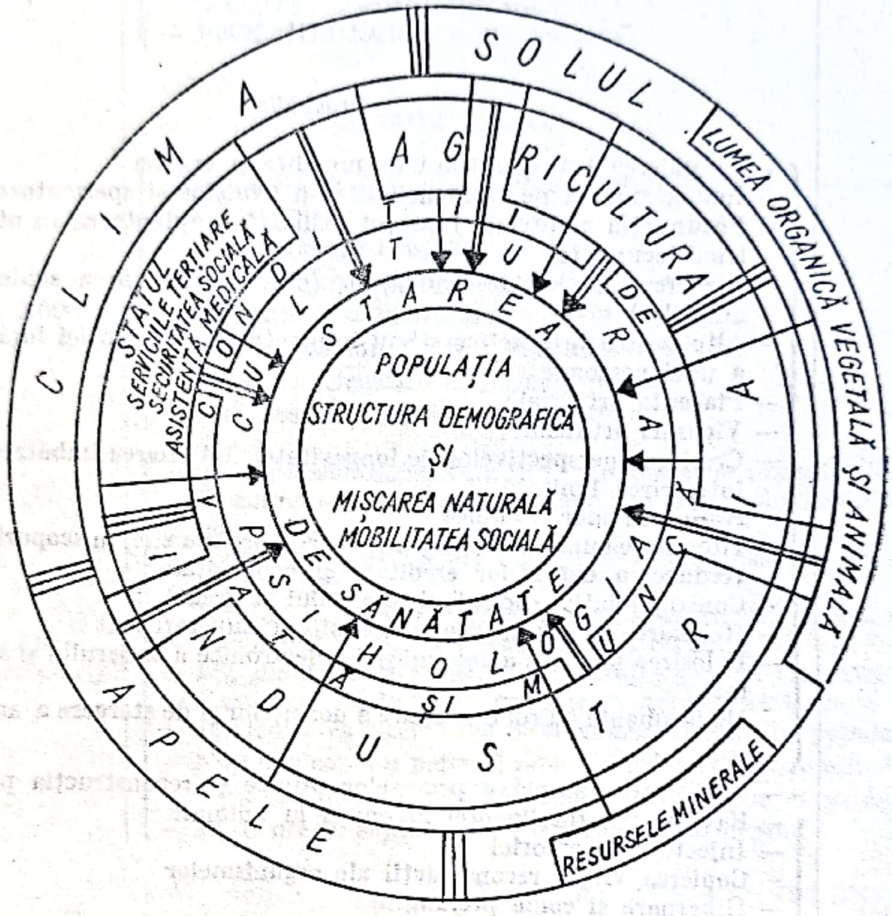



*Fig. 1.* — Factorii care influenţează starea de sănătate a populaţiei. Suprafaţa fiecărei sfere are „zone dense“ de configuraţie variabilă, ce simbolizează anumite domenii de factori care influenţează starea de sănătate a populaţiei (ex. zona domeniului climei sau zona domeniului industrial) şi „zone lacunare“, care permit trecerea directă a influenţei sau acţiunii unei zone dense din sfera conţinătoare (exterioară) spre sferele „stării de sănătate“ a populaţiei (internă). În această schemă dimensiunea spaţiului ocupat de o „zonă“ nu este desigur proporţională cu ponderea influenţei fiecărui factor asupra stării de sănătate. Săgeţile duble indică o influenţă directă, săgeţile simple una indirectă, mediată prin intermediul altei „zone“. După cum se poate observa, schema impactului stării de sănătate prezintă următoarele sfere de la exterior la interior :

1. *Mediul fizic :* a) solul cu resursele minerale — lumea organică vegetală şi animală ; b) clima ; c) apele. 2. *Mediul social :* a) agricultura (sectorul primar) ; b) industria (sectorul secundar) ; c) serviciile (sectorul terţiar), din care fac parte securitatea socială şi asistenţa medicală. 3. *Condiţiile de muncă şi de viaţă.* 4. *Cultura şi psihologia.* 5. *Starea de sănătate.* 6. *Populaţia cu caracteristicile ei demografice şi sociale* (J. Parisot).

Cercetări desfăşurate în scopul sporirii eficacităţii medicinei preventive au arătat faptul că, în declanşarea bolilor, un mare rol îl joacă factorii micro- şi macrosociali. Astfel, factori cum ar fi : relaţiile familiale



Scanned with OKEN Scanner

*Tabelul I*

**Inovaţii tehnice probabile în ultimele decenii ale secolului al XX-lea şi primele decenii ale secolului al XXI-lea**

| Etapa | Obiective |
|---|---|
| | SECOLUL XX |
| | *Probabile* |
| I. În jurul anului 1995 | — Extinderea transplantului de membre şi organe<br>— Înmagazinarea pe timp nelimitat a ovulelor şi spermatozoizilor<br>— Fecundaţia artificială frecvent utilizată (implantarea în uter a ovulelor fecundate)<br>— Alegerea sexului descendenţilor (posibilitatea de a schimba sexul adulţilor)<br>— Alte controale genetice şi/sau influenţarea constituţiei fundamentale a unei persoane<br>— Placenta artificială<br>— Virusuri artificiale<br>— Creşterea perspectivelor de longevitate, întîrzierea îmbătrînirii şi reîntinerirea limitată<br>— Amînarea morţii clinice<br>— Hibernarea umană pe perioade scurte (ore sau zile) în scopuri medicale<br>— Reducerea defectelor ereditare şi congenitale<br>— Control relativ eficient al apetitului şi greutăţii<br>— Relaxare şi somn, controlate şi/sau supereficient<br>— Folosirea practică a comunicaţiei electronice a creierului şi stimularea lui<br>— Medicamente cu rol de reglare a dorinţelor şi de ştergere a amintirilor. |
| II. În jurul anului 2 000 | — Modificarea amplă a proceselor psihice şi reconstrucţia personalităţii<br>— Favorizarea inteligenţei la om şi la animale<br>— Injectarea memoriei<br>— Copierea vieţii, reconstrucţii ale organismelor<br>— Hibernare şi come prelungite<br>— Prelungirea vigorii tinereţii<br>— Primele animale înmulţite vegetativ<br>— Sinteza organismelor monocelulare<br>— Regenerarea organelor. |
| | *Mai puţin probabile* |
| În jurul anului 2 000 | — Creşterea artificială a noi membre şi organe (*in situ* sau printr-un transplant ulterior)<br>— Tratament chimic sau biologic eficient pentru majoritatea bolilor mentale<br>— Control aproape complet al modificărilor marginale în ereditate<br>— Suspendarea vieţii (pentru ani sau secole)<br>— Transformarea mamiferelor (oamenilor?) în respiratori de fluide;<br>— Sporirea capacităţii mentale pentru interconectarea mecanică sau electrică a creierului, la un calculator electronic<br>— Reîntinerirea mai mare şi/sau extinderea vigorii şi duratei vieţii (peste 100 — 150 de ani)<br>— Control chimic sau biologic al caracterului şi inteligenţei<br>— Crearea unui echivalent tehnologic al telepatiei<br>— Control direct al proceselor de gîndire individuală |



Scanned with OKEN Scanner

*(continuare tabelul 1)*

| Etapa | Obiective |
|---|---|
| | *Foarte puţin probabile* |
| În jurul anului 2 000 | — Durata vieţii peste 150 de ani<br>— Control genetic aproape complet<br>— Modificarea majoră a speciei umane |
| | SECOLUL XXI |
| III. După anul 2 000 | — Controlul îmbătrînirii, prelungirea duratei vieţii, sinteza organismelor vii complexe<br>— Creieri detaşaţi de corp<br>— Legături între creier şi calculatoare electronice<br>— Inserarea sau înlăturarea genelor<br>— Oameni cu funcţii de înmulţire vegetativă<br>— Legături telepatice în forme curente<br>— Amînarea morţii pe timp nedefinit |
| IV. Anii 2100—2300 (viitorul medicinei) | — Noi profesiuni medicale (3% din forţa de muncă)<br>— Examinarea fizică semimanuală şi tratament tehnologic pentru bolile infecţioase<br>— Restricţia sporită a permisiunii de a deveni bolnav; peste 80% îngrijiri gratuite<br>— Includerea medicului generalist ca specialist în diagnoza preliminară;<br>— Includerea majorităţii medicilor în clinici<br>— 1% din fondurile medicale cheltuite pentru cercetări medicale<br>— Examinare şi îngrijire psihiatrică anuală, obligatorie<br>— Împiedicarea încercărilor de sinucidere (exceptînd populaţia longevivă)<br>— Naşterea copiilor permisă numai după o verificare psihologică (fizică)<br>— 10% din forţa de muncă asimilată serviciilor medicale<br>— 20 de ore pe săptămînă de activitate a medicului |

(*Sursa*: Dr. ALEN SHELDON)

activitatea profesională, funcţionalitatea locuinţei, obiceiurile şi deprinderile culturale, în general participarea la mediul social şi cultural, acţionează direct asupra cauzalităţii bolilor, influenţînd nemijlocit rezultatul tratamentului. Aceste aspecte au centrat atenţia medicilor asupra importanţei pe care o prezintă aplicarea măsurilor medicinei preventive în modelarea unei bune educaţii şi condiţii sanitare a populaţiei, făcîndu-i să întrevadă posibilitatea unei colaborări active şi productive cu specialiştii din domeniul sociologiei empirice.

Recunoaşterea acestor determinări nu implică, însă, uniformizarea interpretării modului de organizare şi exercitare a profesiei medicale în diferite ţări şi la diferite popoare. Comparaţiile dintre ţări sînt confruntate cu enormele deosebiri culturale, sociale şi economice dintre un sistem social şi altul. Însuşi „dreptul la sănătate" al individului se exercită în mod diferenţiat în societăţi cu sisteme politice diferite. Totuşi, nu se poate nega faptul că majoritatea societăţilor se îndreaptă în prezent către considerarea unanimă a sănătăţii ca bun uman de cea mai



Scanned with OKEN Scanner

mare însemnătate pentru funcţionalitatea socială. Astfel, reacţia „ştiinţifică" faţă de boală revendică înţelegerea însemnătăţii crescute, pe care o acordă întreaga societate (în sens generic) profesiilor şi acţiunilor medicale, organizării unui cadru social propice desfăşurării eficiente a lor. Ceea ce ni se pare însă deosebit de important de subliniat pentru dimensiunile fundamentale, pluralist orientate, ale reacţiei „ştiinţifice" faţă de boală atît în epoca modernă, cît şi în cea contemporană, este faptul că ea a marcat o puternică revenire la elementul social, la condiţionările şi efectele sociale ale bolii, etiologia socială devenind suportul ei permanent. Printre factorii care au contribuit la acest lucru, de primă importanţă sînt : *modificarea morbidităţii*, care a obligat medicina să acorde o deosebită atenţie bolilor cronice şi, în special, determinanţilor lor psihosociali,

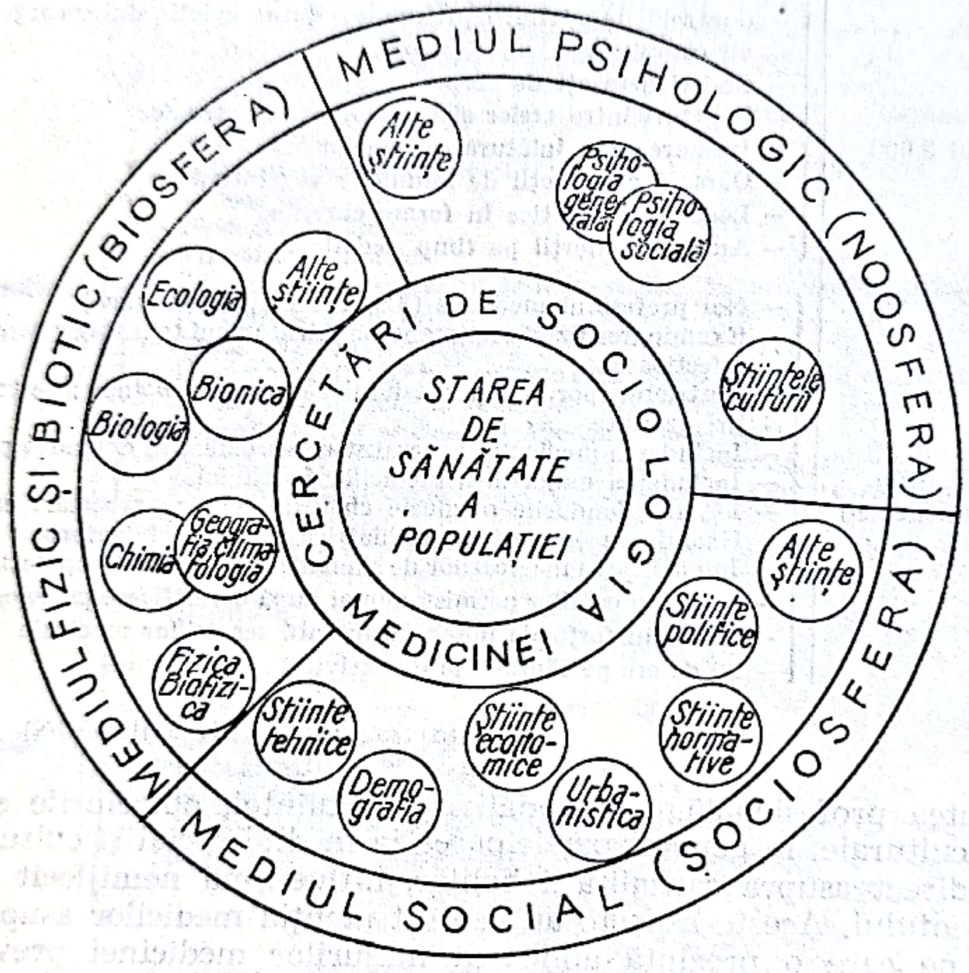



*Fig. 2.* — **Contextul interdisciplinar al cercetărilor de sociologie a medicinei.**

*dezvoltarea psihiatriei sociale*, care a evidenţiat cauzalitatea socială, multiplă a bolilor psihice, *„masificarea"* serviciilor şi instituţiilor de sănătate, *proliferarea spitalului* ca formă centrală de asistenţă medicală a comunităţii şi în sfîrşit (dar nu şi în ultimul rînd), *considerarea sănătăţii* printre cele mai de seamă valori ale patrimoniului material şi spiritual uman şi generalizarea ei democratică în sînul colectivităţii.

Aşa cum sublinia deja R. Virchow «Medicina ne-a condus imperceptibil pe terenul acţiunii sociale... Constituţia trebuie să stabilească fără



Scanned with OKEN Scanner

nici o umbră de dubiu, dreptul individului la un standard de viață compatibil cu „sănătatea"» (55).

## 1.3. CONCEPTUL DE „STRESS" ÎN MEDICINĂ ȘI SOCIOLOGIE

Printre alți factori care au contribuit la orientarea socială a medicinei se numără marele progres înregistrat de psihiatria modernă. Astfel, considerarea mecanismelor psihologice ca fiind esențiale pentru declanșarea unor fenomene neurologice (Freud) a dovedit încă o dată inconsistența teoriilor exclusiv biologice asupra bolilor, ca și importanța unei concepții psiho-somatice în teoria și practica medicală.

O contribuție importantă la înțelegerea modernă a bolii a fost realizată prin avansarea conceptului de stress — în deceniul 1930—1940 — de o serie de cercetători, printre care Walter Bradford Cannon, Hans Selye și Harold Wolff, în locul conceptului de „cauză specifică a bolii", dezvoltat în secolul al XIX-lea, sub influența lui Virchow și Pasteur.

Tendința medicinei moderne de a considera bolile ca avînd o varietate de cauze, rezultatul interacțiunii unui mare număr de factori, fiecare dintre ei putînd fi considerat drept cauză, a acreditat ideea că bolile pot fi rezultatul reacției de adaptare, precum și al efectelor nocive ale agenților patogeni și chiar rezultatul unui anumit tip de relații ale omului cu ceilalți oameni din jur și cu societatea.

Cadrul istoric în care s-a dezvoltat conceptul de stress și în care s-a extins în științele sociale și biologice corespundea unei perioade de discontinuitate, care separa aceste științe de trunchiul comun al științelor comportamentului uman (sociologie, psihologie, antropologie).

După ce matematica, fizica, chimia și alte științe „exacte" s-au întrepătruns, a devenit posibilă descrierea unor procese biologice fundamentale în termeni compatibili cu conceptele adecvate utilizate de aceste științe. Nu există însă un corp de date sau ipoteze capabile să explice modul cum gîndirea, memoria sau activitatea voluntară ar putea activa în organismul viu și nici concepte — în cadrul acestor științe — care să explice observațiile clinice cu privire la apariția unor boli, în urma unor cauze de ordin social. Puși în fața necesității de a se ocupa de aceste fenomene, oamenii de știință (atît cei din domeniul medicinei, cît și cei din domeniul sociologiei, psihologiei, ecologiei etc.) și-au creat concepte proprii, care nu se potriveau totdeauna cu faptele descrise, așa cum s-a întîmplat și cu conceptul de „stress".

Termenul de „stress", derivat din limba latină și utilizat în limba engleză pentru a descrie experiențe și comportarea umană, cu mult înainte de a i se da o definiție științifică formală (pentru uzul din fizică și tehnică), însemna, în secolul al XVII-lea „greutate".

În secolele al XVIII-lea și al XIX-lea, i s-au atribuit alte sensuri, prin care termenul denota „forță", „presiune" sau „efort" exercitat asupra unui obiect sau a unei persoane; în fizică și tehnică „stress"-ul se referea la elasticitate, iar folosirea lui a devenit mai curentă după experiențele lui Boyle asupra proprietății gazelor și după studiile lui Hook asupra elasticității arcurilor, definiția exactă fiind elaborată abia în secolul al XIX-lea, de Baron Couchy.



Scanned with OKEN Scanner

În fizică, „stress"-ul este un concept aplicat corpurilor solide și desemnează forța interioară generală într-un corp, prin acțiunea unei forțe care tinde să distrugă corpul.

În decursul secolului al XIX-lea și în primele decenii ale secolului al XX-lea, conceptul de „stress" exprima unele cauze ale indispozițiilor și bolilor mentale. Astfel, într-o conferință despre angina pectorală, William Osler pune semnul de egalitate între *stress* și *încordare* pe de o parte, și *munca grea* și *îngrijorare* pe de altă parte.

După aproximativ 15 ani, Walter Cannon folosește termenul de „stress" în legătură cu unele experiențe de laborator despre reacția „luptă sau zbor". Observînd reacțiile medulosuprarenale și ale sistemului nervos simpatic la subiecți expuși la o varietate de condiții ca : frig, lipsă de oxigen, cantitate scăzută de zahăr în sînge, pierdere de sînge etc., Cannon a stabilit că aceștia erau într-o stare de stress și că această „cantitate" de stress putea fi măsurată.

În perioada 1930—1945, Hans Selye a descris reacțiile unor animale de laborator expuse la o varietate de stimuli nocivi sau alarmanți ca : bacterii, toxine, traume etc., explicînd rolul cortextului suprarenal în toate aceste reacții. Cu această ocazie el distinge un sindrom general de adaptare, produs de un stress „nespecific", iar mai tîrziu definește starea de „stress" ca o stare provocată de un sindrom specific, care însumează toate *schimbările nespecifice* apărute într-un sistem biologic.

Puțin mai tîrziu, Harold Wolff și colaboratorii lui au descris numeroase boli ca fiind influențate de „stress-ul de viață". Referindu-se la stress și boli, ei arată că au folosit termenul de stress în biologie pentru a indica starea într-un organism viu, care rezultă din interacțiunea organismului cu stimulii nocivi, adică starea dinamică din organism. Stress-ul nu este un stimul, atac, încărcătură, simbol, povară sau alt aspect al mediului interior, exterior, social etc.... Stimulii sau împrejurările nocive pot fi împărțite din punctul de vedere al stress-ului în două categorii extreme, cu o mulțime de forme intermediare. Stimulii din prima categorie pot fi considerați necondiționați și se poate spune că acționează direct, distrugînd structura și funcția. O astfel de stimulare ar rezulta din acțiunea agenților puternici mecanici, termici, electrici, chimici corozivi.

Stimulii din categoria a doua sînt *condiționați* și acționează *indirect*. Pot prezenta inconsecvență biologică, pot fi de joasă intensitate și devin semnificativi doar prin capacitatea lor de a acționa ca *semnale* sau *simboluri*. În general, au un efect nociv foarte mic sau chiar nul. Natura reacției de adaptare este dependentă de experiența trecută a individului. Acești stimuli sînt puțin stabili, se modifică repede în cadrul în care se produce stimularea și nu există nici o relație în timp între stimul și răspuns.

Aceste reacții complexe în timpul stress-ului interesează totdeauna sistemul nervos central și, îndeosebi, funcțiile înalte de integrare ale S.N.C. Sensul stimulator pentru individ determină natura stress-ului.

Atît Selye, cît și Wolff au remarcat că agentul nociv sau relația subiectului cu societatea acționează asupra organismului ca un stimul (semnal) sau frînă și că această frînă face ca organismul să creeze în



Scanned with OKEN Scanner

el însuşi o *stare de stress*, precum şi toate schimbările de ordin patologic. De asemenea, condiţiile care produc relaţia „stress-viaţă" acţionează, totdeauna, prin sistemul nervos central şi implică, în mod clar, faptul că reacţia între provocatorul de stress şi starea de stress interioară dintr-un sistem biologic se bazează pe o interacţiune comunicativă sau semnalizatoare şi nu pe interschimbul direct şi linear de energie din legea lui Hook.

Secolul al XIX-lea este cadrul în care cunoştinţele despre natura procesului de comunicare şi importanţa ordinii şi organizării în sistemele biologice cunosc o dezvoltare rapidă. Termodinamica recunoaşte tendinţa lumii neînsufleţite de a evolua la întîmplare, în dezordine şi dezorganizare, elaborînd conceptul de „entropie", ca mijloc de a identifica şi măsura această tendinţă, în timp ce naturaliştii, din contră, erau impresionaţi de gradul înalt de ordine şi organizare pe care au găsit-o în lumea vie. Fiziologii — sub influenţa lui Claude Bernard — au recunoscut că însuşi procesul vieţii pare să depindă de menţinerea acestei relative constante, în măsură mai mare decît de schimbările întîmplătoare, de condiţiile din organism, punct de vedere subliniat de Claude Bernard în descrierea constanţei din *„le milieu interne"*.

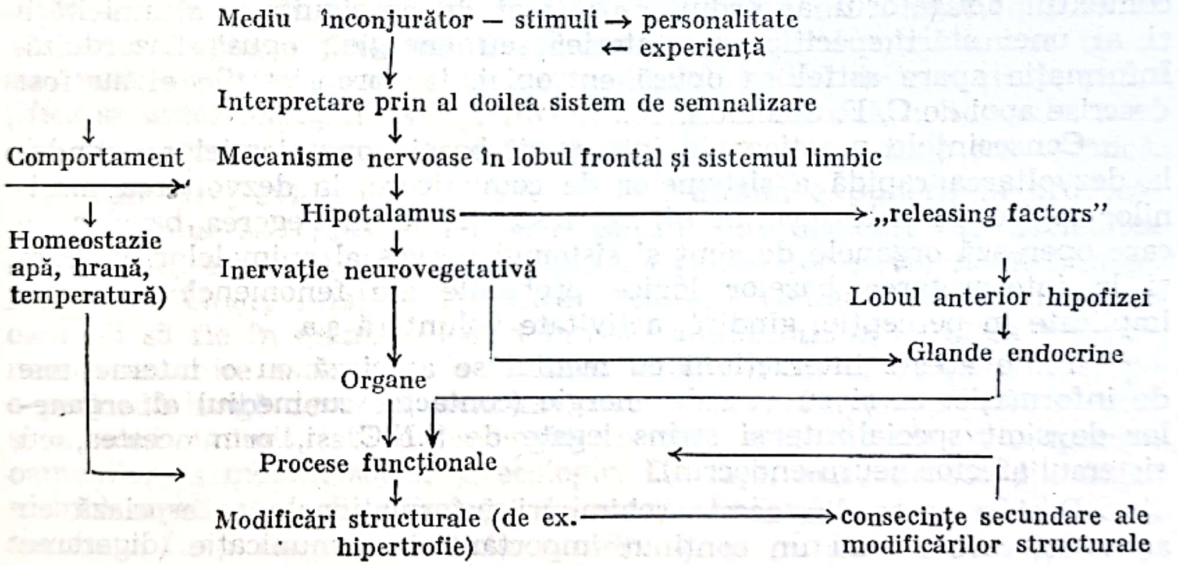



*Fig. 3.* Reprezentare schematică a influenţelor de origine socială asupra organismului uman (Hans Schaefer).

La începutul secolului al XX-lea, Walter Cannon semnalizează mecanismul prin care organismul viu încearcă să menţină constanţa părţii fluide a mediului interior (procesul general de homeostazie), concept care a dus la recunoaşterea faptului că alcătuirea mediului fluid intern nu rămîne într-o stare de echilibru, dispersîndu-se în mod repetat prin activităţile metabolice ale organismului. Termenul de „homeostazie" se referă la tendinţa acestui mediu intern de a se întoarce la starea iniţială de echilibru, fenomen care, potrivit părerii lui Cannon, se baza pe un sistem complex de mecanisme-tampon, caracteristice organismului viu.



Scanned with OKEN Scanner

Spre mijlocul deceniului al patrulea, Rudolph Schoenheimer extinde conceptul lui Cannon, avansînd propriul său concept de *„stare de echilibru dinamic"*, pe baza studiilor mișcărilor moleculare în componentele grase, proteice și minerale ale organismului, care au loc în toate țesuturile organismului. Fiecare parte a organismului viu participă la metabolism, fiind supusă creșterii, schimbării, degradării și înlocuirii componentelor sale moleculare.

Aproape imediat după apariția acestui concept, fizicianul Ervin Schrödinger descrie mai precis diferențele de ordine și organizare care separă lumea vie de cea neînsufletită, arătînd că în lumea neînsufletită cantitatea de energie liberă se reduce continuu, provocînd sporirea cantității de dezordine și dezorganizare, în timp ce în lumea vie, în cursul evoluției biologice, cantitatea de ordine și organizare își mărește gradul de complexitate și organizare. S-ar părea că lumea vie violează a doua lege a termodinamicii, dar Schrödinger arată că această violare este numai aparentă, deoarece organismele vii își mențin nivelul de organizare numai în timpul vieții lor și starea de echilibru dinamic, prin acumularea de energii libere și prin informațiile asupra mediului. Termenul de „informație" apare și se impune prin analogia dintre transmiterea mesajelor și înlănțuirea proceselor legice și procesul vieții în contextul obligatoriu al ordinii, al lipsei de ambiguitate, al unicității și al unei stări specifice a materiei sau energiei, opusă hazardului. Informația apare astfel ca opusă entropiei, iar proprietățile ei au fost descrise apoi de C. F. Shannon.

Consecințele practice ale înțelegerii bazei comunicației au condus la dezvoltarea rapidă a sistemelor de comunicare, la dezvoltarea mașinilor logice de calcul și, în ultimă instanță, la înțelegerea bazelor pe care operează organele de simț și sistemul nervos al animalelor, precum și la interpretarea bazelor logice probabile ale fenomenelor neurale implicate în percepție, gîndire, activitate voluntară ș.a.

Toate aceste interacțiuni cu mediul se asociază cu o interacțiune de informație, ca și cu una de energie (contactul cu mediul al organelor de simț specializate și strîns legate de S.N.C. și, prin acestea, cu sistemul afector neuro-endocrin).

Deși o parte din aceste schimburi informaționale se asociază cu activități care nu au un conținut important de comunicație (digerarea hranei, răspunsul la agenții chimici și microbieni etc.), o mare parte se leagă de efortul de adaptare la aspectele mediului, care nu acționează direct asupra omului, fiind depărtate de acesta în timp și spațiu.

Se recunoaște că eficacitatea S.N.C. ca organ de adaptare depinde de capacitatea sa de a influența activitatea organismului ca întreg, de a integra funcțiile diferitelor sisteme de organe în scheme complexe de comportare organistică. Capacitatea sistemului nervos central de a controla aceste moduri de comportament a fost extinsă și la studiul efectelor asupra proceselor psihologice, care includ nu numai efectele create de activitatea totală și de tipul de activitate specifică realizată de om, dar și efectele totalității tipurilor de hrană și lichide pe care le ingerează omul și efectele activității voluntare (consumul de medicamente, fumatul, alcoolul etc.).



Scanned with OKEN Scanner

O problemă importantă o constituie faptul că toate schimbările din funcţiile corpului, care se petrec sub influenţa sistemului nervos central şi care apar ca răspuns la stimulii sociali, pot fi nu numai profunde şi prelungite, dar pot apărea, uneori, şi datorită unor stimuli pentru care nu erau iniţial relevante, fapt care concordă cu ceea ce ştim despre mecanismele de adaptare celulară. De asemenea, unele răspunsuri specifice la sistemul de informaţii primite par să fie genetic determinate de structura sistemului (sistemul motor folosit în mers, cel din vorbire) şi sînt, în mod aparent, considerate atît învăţate, cît şi înnăscute. Ele par să cuprindă aranjamentul ordonat al sistemelor de comportamente înnăscute în sistemul de comportament învăţat, numai în măsura în care acestea se referă la alarmă, agresiune. Totuşi, stimulul adecvat este cel care obţine o semnificaţie crescută. Stimulii din mediul social şi care conduc la răspunsuri semnificative fiziologice şi de comportament sînt cei care aduc schimbări în aspectele esenţiale ale mediului.

În contextul societăţii moderne a crescut expunerea omului la acţiunea zgomotului, a radiaţiilor electromagnetice şi la agenţii microchimici. Dezvoltarea impetuoasă a oraşelor, mecanizarea, automatizarea, aglomeraţiile şi migraţia au schimbat fundamental condiţiile de mediu într-un timp relativ scurt, încît organismul uman nu a avut timp să se adapteze. Explozia progresului tehnico-ştiinţific, schimbă din ce în ce mai mult mediul natural cu mediul artificial, fluxul de cunoştinţe ştiinţifice se accelerează, frecvenţa invenţiilor se calculează în secunde, scad distanţele, omul pătrunde în interiorul materiei şi deschide era cosmică.

Este deci evident ca şi frecvenţa şi durata expunerii la provocările mediului să crească şi foarte puţini sînt oamenii din societatea modernă care se pot dedica mai întîi propriilor lor nevoi homeostatice. Mai mult chiar, relaţiile specifice societăţii contemporane impun ca oamenii să fie în anumite locuri într-un anumit timp, ca ei să îndeplinească anumite sarcini cu o anumită viteză, ritm şi corectitudine, pe o perioadă lungă de timp, solicitări care determină apariţia „stress"-ului şi a unui anumit tablou patologic, în care este incorporat răspunsul oamenilor la mediul social şi ecologic. De fapt, orice proces din organismul uman poate fi influenţat de reacţia individului la mediul social, solicitate fiind nu numai cortexul adrenal şi pituitar anterior, dar şi orice combinaţie a sistemului efector natural sau humoral al organismului.

S-a emis ipoteza că nu este necesară evocarea acestei variabile speciale, numită „stress", pentru a înţelege activitatea acestor sisteme efectoare, deoarece caracteristica esenţială a răspunsului organismului viu la mediu nu este lipsa specificităţii, ci gradul înalt de specificitate. Cu alte cuvinte, organismul supravieţuieşte pentru că răspunsurile la provocările care-i afectează integritatea sînt îndreptate în mod specific către teama biologică, prin dezvoltarea unor reacţii specifice, care să contracareze efectul acestor provocări.

S-a mai afirmat că o dificultate practică în folosirea conceptului de stress (Lawrence şi Hunkle jr.) în relaţia cu mediul social şi biologic a fost analogia sa aparentă cu folosirea din fizică şi tehnică, chel-



Scanned with OKEN Scanner

tuindu-se şi eforturi pentru a „cîntări" şi „măsura" stress-ul, bazîndu-se uneori pe presupunerea (necritică) că ar exista o relaţie lineară între evenimentele exterioare organismului şi cele interioare.

Desigur că au apărut unele greutăţi în privinţa măsurării stării de stress în organismul viu, dar au continuat eforturile în direcţia măsurării gradului de stress al evenimentelor sau situaţiilor în mediul social.

S-a spus că „a fi în viaţă" înseamnă „a fi în stress".

Numeroase observaţii pledează pentru a nu pune cu orice preţ semnul de egalitate între expunerea la greutate, dificultate şi apariţia bolii, exemplificînd cu situaţii petrecute în timpul celui de-al doilea război mondial, cînd bolnavii s-au vindecat de ulcer, astm, colite, migrene, sucombînd în cele din urmă prin malnutriţie, traume sau boli infecţioase. Alte observaţii asupra bolilor cronice arată că apariţia acestor situaţii neprevăzute a determinat agravarea bolilor nu în perioada de greutăţi, ci după ce această perioadă a luat sfîrşit.

Studierea relaţiei dintre această variabilă socială şi cea de sănătate, depinde de accepţiunea pe care o acordăm acestor concepte, de metodele de măsurare folosite, de identificarea cît mai complet posibilă a caracteristicilor privitoare la indivizii implicaţi, care par relevante pentru reacţia lor la variabila socială şi, de asemenea, la variabila sănătăţii.

Aceste studii trebuie extinse, folosindu-se şi alte metode, alte populaţii biologice şi aducînd exemple pentru gradul şi perioadele în care descoperirile au fost generalizate.

Este demonstrat că relaţia oamenilor cu societatea şi cu cei din jur poate influenţa incidenţa, răspîndirea, cursul bolilor şi mortalitatea. Problema care se ridică ar fi : în ce împrejurări, cu ce mecanisme şi în ce măsură pot aceste condiţii şi relaţii să fie o cauză unică şi suficientă a bolii.

Răspunsurile nu pot veni, desigur, fără un efort susţinut de cercetare ştiinţifică, fără o cunoaştere profundă a raporturilor care există între tipul de activitate nervoasă superioară şi răspunsul organismului la schimbările rapide ale mediului şi fără un studiu interdisciplinar integrat pe toate dimensiunile societăţii moderne, cu atît mai mult cu cît „stress"-ul indică şi rezultanta unui anumit tip de relaţii ale omului cu mediul său nemijlocit social.

Această constatare a orientat în mod firesc medicina psihiatrică spre „localizarea" factorilor sociali generatori de „stress", dovedind faptul că bolile (în special cele mentale) au etiologii sociale distincte şi sînt, în esenţă, fenomene de comportament social şi cultural. Ca urmare, necesitatea unei evaluări globale a mediului social şi cultural al omului, considerarea, „modului său de viaţă", aveau să grăbească şi mai mult procesul apropierii medicinei de sociologie.



Scanned with OKEN Scanner

## 1.4. TEORIA SOCIOLOGICĂ ŞI „MODELAREA" BIOLOGICĂ A REALITĂŢII SOCIALE

Sociologia s-a constituit ca disciplină ştiinţifică în al doilea pătrar al secolului al XIX-lea, cînd August Comte, odată cu atribuirea acestei denumiri, i-a fixat un anumit loc în rîndul ştiinţelor. Ca preocupare şi concepţie generală asupra fenomenelor sociale, ea are, însă, origini mult mai îndepărtate, care merg de la filozofia antică greacă pînă la preocupările din epoca modernă în domeniul filozofiei sociale, filozofiei istoriei, filozofiei politice şi al altor forme de gîndire — mai mult sau mai puţin speculativă — asupra socialului. Abordînd istoria sociologiei din perspectiva constituirii ei ca domeniu închegat, în măsura integrării diferitelor puncte de vedere filozofice, fragmentare şi disparate, asupra socialului, observăm că gîndirea filozofică s-a însoţit şi s-a completat permanent cu preocupări pentru domeniul social. În acest sens Petre Andrei scria că „oricît de mult s-ar susţine existenţa gîndirii pure ca izvor al ideilor şi construcţiilor filozofice, nu se poate tăgădui că în structura chiar a acestei gîndiri intră ca element fundamental socialul" (15). Iată de ce unii gînditori şi filozofi, departe de a ignora domeniul socialului, au făcut din el o parte componentă şi complementară a sistemului lor de gîndire. Desigur, apare destul de hazardat să considerăm geneza sociologiei încă de la rădăcinile filozofiei antice. „Numai dacă dăm numele de sociologie oricăror speculaţiuni morale, umane, am

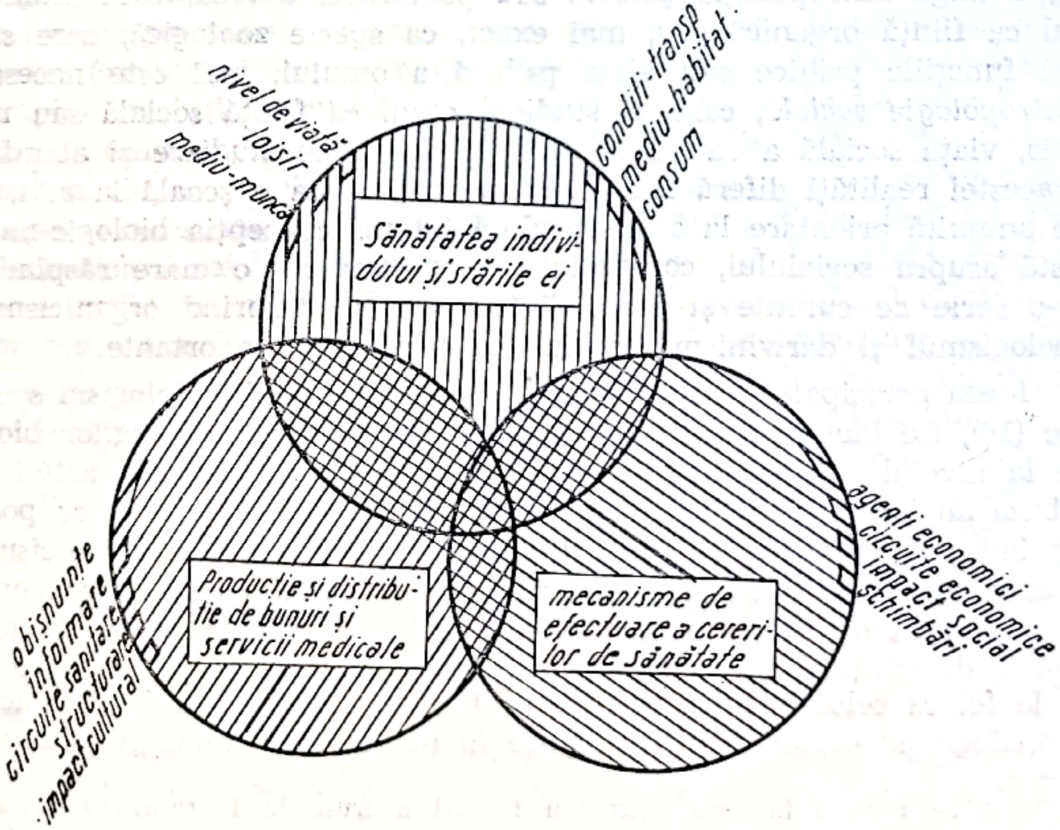



*Fig. 4* — Direcţii de cercetare a mediului economic, social şi cultural (P. Gorecki).



Scanned with OKEN Scanner

putea vorbi de sociologie, de vreo patru mii de ani" (15). Ceea ce este însă interesant de subliniat este modul în care gîndirea socială s-a integrat într-o concepție unitară, urmînd o dezvoltare istorică în cadrul diverselor școli și curente *, din care numai cîteva prezintă interes pentru sociologia medicinei.

În toate timpurile și în toate societățile oamenii au căutat să înțeleagă natura fenomenelor sociale, încercînd să descifreze, într-un mod sau altul, legile care stau la baza societății, a sistemului social și a modului său de funcționare. În felul acesta, filozofii și gînditorii sociali, au elaborat în decursul timpului, numeroase idei și concepții, mai mult sau mai puțin închegate, încercînd să „modeleze" în diverse feluri natura, esența proceselor sociale. În toate aceste concepții, raportul între individ și societate apărea ca o temă predominantă. Se considera astfel, pe de-o parte omul în înțelesul său strict biologic, opus sau nu colectivității mai largi, iar pe de-altă parte omul ca individ social, ca membru activ al societății care l-a creat. În acest mod, problema raportului între cele două puncte de vedere — biologic și social — în domeniul științelor care abordau societatea, dovedește că are origini foarte îndepărtate.

Iată deci o primă „punte" de legătură între științele naturii și științele sociale, dintre care primele s-au confruntat permanent cu o realitate statornică, iar secundele au avut permanent ca obiect de studiu o realitate în continuă schimbare și transformare.

În majoritatea cazurilor, diverși gînditori au înțeles același lucru, că „pe lîngă antropologia psihică sau psihologia umană, care studiază omul ca ființă organică sau, mai exact, ca specie zoologică, care studiază funcțiile psihice sau viața psihică a omului, mai este necesară o *antropologie socială*, care să studieze omul ca ființă socială sau mai precis, viața socială a omului..." (16). Modurile de studiere și abordare ale acestei realități diferă însă fundamental, de la o școală la alta, de la o anumită orientare la alta. Prezintă interes concepția biologic-naturalistă asupra socialului, concepție care a cunoscut o mare răspîndire într-o serie de curente și școli, dintre care se desprind organicismul, raseologismul și darwinismul social, ca fiind mai importante.

Ideea principală a cestei concepții — denumită fie biologism sociologic (16), fie biosociologie (17) — constă în extrapolarea legilor biologice la nivelul „organismului" social, al societății în general, astfel ca, pe baza analogiei sau chiar „omologiei" cu organismul viu să se poată surprinde mecanismele și funcțiile acestuia. Premise ale organicismului apar încă din cele mai vechi timpuri, începînd chiar cu concepția brahmanistă din India, conform căreia indivizii trebuie să fie în mod imuabil diferențiați („specializați" în sens biologic) în sistemul castelor, la fel ca celulele unui organism. O reluare mai consistentă a acestei analogii cu organismul viu, apare în opera lui Platon, „Republica",

* A se cerceta în acest domeniu lucrări apărute în literatura sociologică românească, în special Tr. Herseni „Prolegomene la teoria sociologică", Edit. Șt., Buc., 1969, ca și alte contribuții existente pe plan internațional în acest domeniu.

în care marele filozof al antichității schițează dintr-o perspectivă utopică, bazele organizării sociale a unui stat ideal, care să servească ca model ordinii existente. În concepția lui Platon, statul, asemuit cu organismul uman, se sprijină pe o diviziune specifică a muncii, care generează împărțirea societății în trei caste : a conducătorilor sau filozofilor (magistrații statului), a războinicilor (apărătorii statului), a agricultorilor și a meseriașilor, care urmau să întrețină celelalte caste. Organicismul platonician este legat de solidaritatea organismului social, fondat pe inegalitatea socială, care apare analogă cu raporturile stabilite între sufletul omenesc (filozofii a căror supremă virtute este înțelepciunea), tendințele instinctuale (războinicii a căror virtute este curajul) și dorințele materiale legate de „pîntece" (meseriașii și agricultorii, a căror virtute constă în cumpătare). Se evidențiază în această concepție și cîteva din premisele funcționalismului, în măsura în care fiecăreia dintre cele trei caste îi corespunde cîte o funcție definită, care asigură, în corelație cu celelalte, solidaritatea socială. Acest element va fi reluat mai tîrziu în cunoscuta parabolă a membrelor și stomacului, citată de Menenius Agrippa în scopul aplanării conflictului dintre patricieni și plebei.

În secolul al XIX-lea, organicismul cunoaște o nouă fundamentare în teoriile elaborate de H. Spencer, P. Lilienfeld, A. Schäffle, R. Worms și alții, conform cărora sociologia se reduce la o ramură specifică a biologiei, trebuind să preia deci, modalitățile ei de analiză. Considerînd că lumea organică este în continuarea celei anorganice, iar lumea supraorganică (societatea) este o treaptă superioară de evoluție, Spencer aplică principiile evoluționismului „plat", „mecanicist" la nivelul întregii materii din univers. Societatea, în această concepție, este privită ca un organism viu, care subzistă prin cooperarea diferitelor organe și funcții, corespunzătoare nevoilor de asociere și colaborare dintre indivizi. Printre organiciștii cei mai consecvenți se numără și P. Lilienfeld, care susține că societatea, privită în mod „omologist", se manifestă ca un organism viu, care în anumite condiții poate să se îmbolnăvească și să moară. De aici, cunoscutul lui dicton bazat pe înțelegerea subordonării sociologicului de către biologic : „Sociologus nemo nisi biologus".

Cu A. Schäffle și R. Worms organicismul capătă forme din ce în ce mai variate, vizibile mai ales în concepțiile rasist-antropologice, ipoteza eredității caracterelor dobîndite etc., afirmîndu-se din ce în ce mai accentuat ideea că „nu poate fi adevărat sociolog decît biologul". Pentru Worms societatea îndeplinește funcții analoge cu organismul (de nutriție — fenomenele economice ; de reproducere — fenomenul de fuzionare și organizare a celulelor sociale ; de relație — fenomenele suprastructurale etc.). Tot el vorbește de necesitatea unei patologii, terapeutici și igiene sociale, pentru a preveni perioadele de tulburări „patologice" care pot „interveni în societate". Ulterior, apar alte ramificații ale organicismului, în doctrinele contractualismului organicist (A. Fouillée), morfologismului „cultural" (O. Spengler, care dezvoltă o concep-



Scanned with OKEN Scanner

ție potrivit căreia civilizațiile se „îmbolnăvesc" și „mor" ca și plantele), biologismului național (Schallmayer), biologismului social (Elster și Goldscheid) și în multe altele, care considerau, de pe poziții reacționare, că mecanismele sociale sînt reductibile la legi biologice. O concepție ilustrativă din acest punct de vedere este dezvoltată și de C. Gini, care, în teoria „demografismului sociologic", compară situația demografică ascendentă a populației (tinerețe — maturitate — bătrînețe) cu evoluția celulelor germinale și somatice. Gini vorbește și de „metabolismul social", specific mișcării de mobilitate socială, care deplasează masele de indivizi în direcția ocupării unor poziții sociale fie ascendente, fie descendente.

Nu ne propunem, desigur, să amintim aici toate concepțiile și orientările alimentate de doctrina organicistă. În fond, se pot găsi puncte de filiație cu organicismul în multe alte teorii și concepții sociale, care se afirmă și în primele decenii ale secolului al XX-lea. Ceea ce vrem să subliniem însă, este caracterul specific al acestei tendințe de largă circulație în gîndirea socială, care unește socialul cu biologicul în sînul unei concepții care — chiar dacă apare retrogradă, arbitrară și „superfluă" — subliniază totuși unitatea existentă între cele două dimensiuni ale vieții membrilor colectivității sociale. În felul acesta se evidențiază faptul că, încă din fazele ei incipiente, constitutive, gîndirea sociologică a acordat un rol esențial biologicului, încercînd să „modeleze" socialul în funcție de caracterul și natura legilor acestuia. Omul, înțeles ca organism, apărea ca o bază autentică pentru reprezentarea „organismului social", ale cărui „celule", „țesuturi", „organe" și „funcții" constituiau tot atîtea extrapolări ale parametrilor de la nivel biologic.

În acest efort istoric de căutare a unui drum propriu, pînă s-a putut constitui și închega ca atare, sociologia a fost nevoită să țină seama de progresele înregistrate de științele naturii și, în special, de biologie. În măsura în care punctele comune de interes pentru științele naturale și cele sociale s-au raportat în permanență la necesitatea fundamentării unei explicații integrale asupra omului și mediului său înconjurător, convergența dintre biologie și sociologie se evidențiază ca avînd o condiționare istorică. Însăși noțiunile de „mediu social", „organ" social, „natură" sau „esență" umană, atît de larg folosite în multe concepții sociologice, sînt noțiuni prin excelență biologice, preluate din domeniul specific al biologiei. Societatea și natura, departe de a reprezenta realități distincte, care se exclud în procesul cunoașterii sociologice, constituie, în fond, aspecte complementare ale aceluiași obiect al cunoașterii, existența umană în general. Subliniind această idee, clasicii marxiști scriau următoarele : „Istoria poate fi privită sub două aspecte : ea poate fi împărțită în istoria naturii și istoria omenirii. Aceste aspecte nu pot fi însă despărțite ; atîta timp cît există oameni, istoria naturii și istoria oamenilor se condiționează reciproc" (23). O ilustrare deplină a acestei idei pentru domeniul sociologiei apare și în perioada contemporană. Astfel, sociologi ca R. König, recunoscînd necesitatea elaborării și fundamentării unei *biosociologii* (17) ca știință generală a vieții în societate, o consideră ca fiind una dintre cele mai importante științe „auxiliare" ale sociologiei. „Atitudinea sociologiei față de biologie a suferit de cîtva timp o schimbare radicală și este impor-



Scanned with OKEN Scanner

tant să vedem aceasta dacă vrem să evaluăm corect importanţa biosociologiei şi contribuţia ei la sociologia generală" (17). Biosociologia — fără să mai recurgă la analogii fortuite cu organismul viu — studiază omul în contextul factorilor biologici şi sociali, punînd în evidenţă dependenţele lor reciproce. König accentuează necesitatea de a lua în considerare, în cunoaşterea sociologică, elementul organic, somatic, „în măsura în care acesta fixează psihic anumite constelaţii social-culturale" (17). Conceperea biosociologică a unităţii organismului uman, bazată pe înţelegerea lui ca rezultantă complexă a interacţiunii dintre om şi mediu, este evidenţiată şi de alte teorii circumscrise orientării mai largi, aşa-numita ecologie umană sau socială. Această noţiune, preluată şi ea din biologie, desemnează conţinutul relaţiilor care se stabilesc între diferitele fenomene şi procese sociale şi mediul înconjurător.

*Mediul social* apare aici ca o variabilă determinată, care influenţează organizarea şi „distribuirea" spaţiului înconjurător. Într-un sens similar, alte concepţii, încercînd o reprezentare unitară a legăturii organismului cu mediul fizic, elaborează noţiuni cum ar fi : „ecosisteme", „biogeocenoză", „sociosferă" şi aşa mai departe. Ecosistemul este înţeles ca reprezentînd o configuraţie specifică a unor componente anorganice şi organice, localizate la nivelul scoarţei, care asigură transformări şi schimbări energetice corespunzătoare. Ecosistemul este alcătuit din două elemente de bază : a) habitatul sau biotopul (sediul vieţii) ; b) biocenoza alcătuită din elemente ale componentelor organice ale biosferei (populaţii de virusuri, bacterii, ciuperci, plante verzi, animale), ataşate şi adaptate la habitatul dat. Aceste noţiuni şi-au găsit fundamentarea într-o serie de teorii aflate în prelungirea sociologiei, cum ar fi zoosociologia (studiul organizării „societăţilor" animale) sau fitosociologia (studiul organizării coloniilor de plante). Astfel, studiile mai vechi de sociologie animală ale lui Espinas, P. Deegener, Fr. Alveredes, Fr. Picard şi E. Rabaud, ca şi cele de sociologie vegetală ale lui J. Braun-Blanquet, Einar du Rietz şi W. Zimmermann au evidenţiat faptul că şi la nivel biologic există colectivităţi de organisme, care se grupează în funcţie de cauze ecologice şi dezvoltă legături de interacţiune între ele. Aceste legături sînt sinonime cu o serie de dependenţe şi reciprocităţi, care asigură dezvoltarea proceselor vitale ale speciei. Fitosociologia, înlocuită astăzi de denumiri ca biocenologie sau fitocenologie, studiază biocenozele sau comunităţile biotice, încercînd să demonstreze similitudinile care există la nivelul ecologiei sociale, specifică plantelor şi fiinţelor umane. În ceea ce priveşte zoosociologia, aceasta a oferit exemple pentru demonstrarea analogiei existentă între comportamentele sociale ale animalelor şi oamenilor, elaborînd astfel „posibilitatea teoretică, pentru o evoluţie comparativă a fenomenelor sociale, pentru a distinge în mod radical umanul de preuman" (19). Evident, toate aceste comparaţii între viaţa socială a omului şi cea a „societăţilor" de plante şi animale, apar mai mult sau mai puţin fortuite. În fond şi plantele şi animalele sînt lipsite de posibilităţile de a comunica, acţiona şi gîndi simbolic, specifice numai omului.

Omul se deosebeşte de animale şi plante tocmai prin faptul că, reuşind să depăşească nivelul biosferei, îşi constituie „sociosfera sau



Scanned with OKEN Scanner

noosfera şi se situează dincolo de regnul animal într-un adevărat regn uman" (16). Totuşi, nu este lipsit de importanţă să analizăm cadrul comun, biologic al evoluţiei sale, specific şi regnului animal şi regnului vegetal. În măsura în care viaţa socială a omului este determinată fundamental de condiţii de natură socială şi culturală, „cercetările biologiei şi fiziologiei comportării omului au aceeaşi importanţă ca şi cercetările sociologice şi de cunoaştere a culturii" (5).

Dacă — aşa cum scria Marcel Mauss — sociologia este cu rigurozitate „umană", ea se fondează în mare măsură pe considerarea, deopotrivă, a factorilor biologici şi sociali. „Una dintre cele mai importante consecinţe ale acestui reviriment fundamental — scria R. König — este apariţia sociologiei medicinei sau patologiei sociale, care cercetează factorii socio-culturali care provoacă bolile" (17).

Din acest punct de vedere, reevaluarea perspectivei biosociologice — în lumina căreia factorii biologici influenţează şi la rîndul lor suferă influenţe din partea mediului social — apare pe cît de posibilă, pe atît de necesară.

## 1.5. CERCETAREA SOCIOLOGICĂ EMPIRICĂ ÎN DOMENIUL MEDICAL

În paginile anterioare, am căutat să vedem în ce măsură constituirea istorică a sociologiei ca ştiinţă s-a bazat pe considerarea şi evaluarea perspectivei biologice în domeniul social, cum şi în ce condiţii analizele teoretice ale socialului au făcut apel la criterii biologice. Este necesar însă să subliniem că sociologia ca ştiinţă nu s-a constituit numai pe baza elaborării unor modele strict teoretice. Alături de criteriile teoretice şi în mare parte speculative, derivate din tradiţiile mai vechi ale filozofiei sociale, istoria sociologiei cuprinde şi analizele concrete făcute asupra fenomenelor şi proceselor sociale.

Ca ştiinţă a „realităţii" sociale, sociologia s-a confruntat permanent cu necesitatea abordării concrete a acestei realităţi, pentru a oferi — dincolo de explicaţiile teoretice — soluţii practice. Însuşi A. Comte, întemeietorul „de jure" al sociologiei, promova, dincolo de ideile sale speculative asupra istoriei mersului paralel dintre gîndirea umană şi formele vieţii sociale (legea celor trei stări), necesitatea unei cercetări obiective a realităţii, de a opera numai cu fapte „pozitive" (fapte de percepţie), confirmate şi verificate în practică. Dar, de la A. Comte încoace, sociologia a avut de parcurs un drum lung, în care dezvoltarea analizelor în domeniul social s-a raportat permanent, fie la tendinţele cercetării inductive a realităţii, pe baza faptelor, fie la tendinţele de mai veche tradiţie în privinţa elaborării unor raţionamente deductive cu caracter speculativ, pornind de la o teorie. Din a doua jumătate a secolului trecut, sociologia se orientează din ce în ce mai mult către fapte, către surprinderea concretă a realităţii sociale. Pro-



Scanned with OKEN Scanner

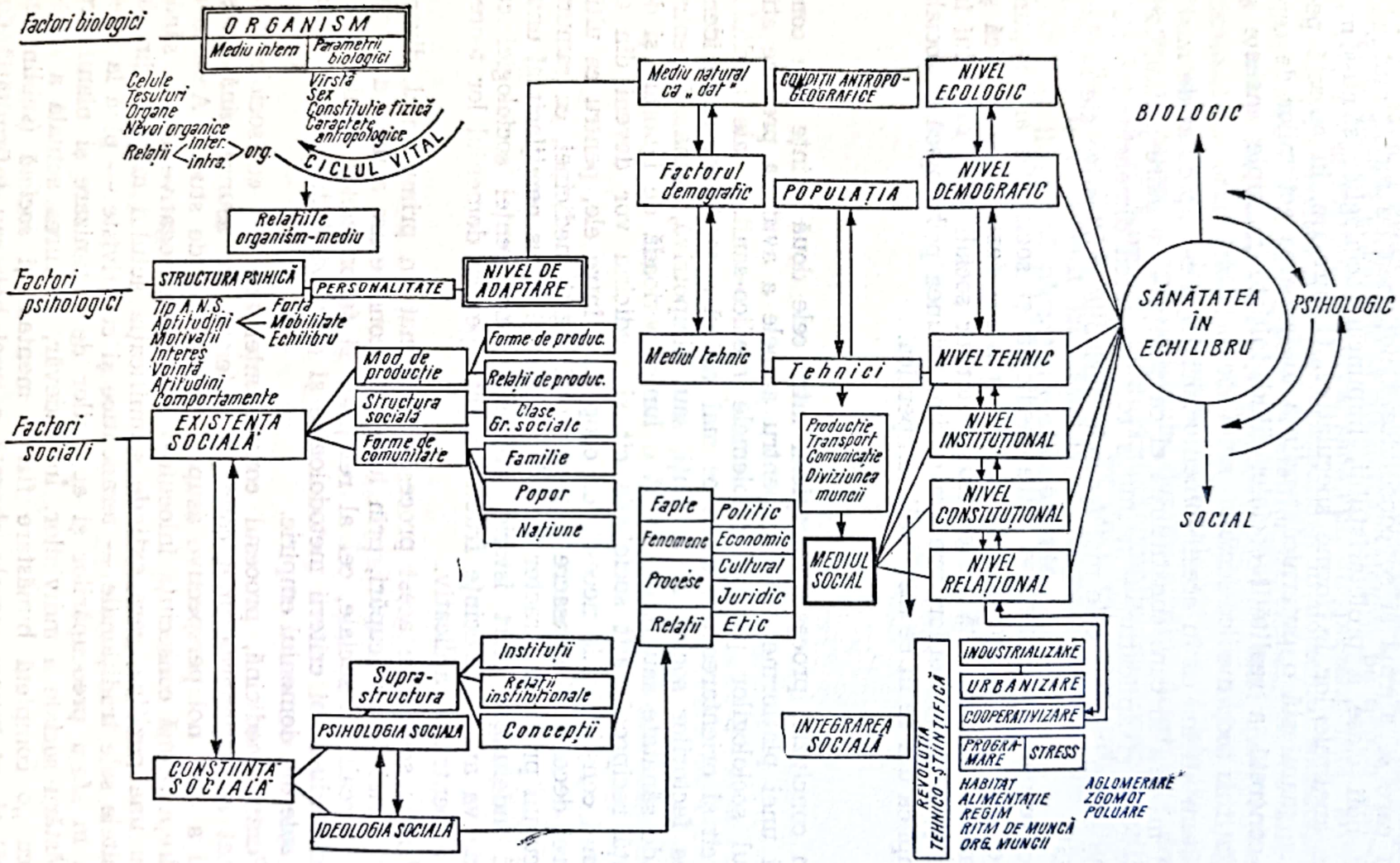



*Fig. 5* — Contextul bio-psiho-social al stării de sănătate a colectivităților umane (triada sănătății).



Scanned with OKEN Scanner

cesul istoric de trecere de la feudalism la capitalism, apariţia şi generalizarea noii civilizaţii „industriale", dezvoltarea marilor mişcări populare, în care se afirmă şi se consolidează noţiunea de masă, mulţime, apariţia noii clase a proletariatului, impuneau sociologilor să nu-şi mai dezvolte analizele lor în forme speculative. Ca urmare, în această perioadă se manifestă o puternică tendinţă în favoarea acţiunilor de cercetare concretă a realităţii sociale, fiind iniţiate multiple anchete şi investigaţii cu scop medico-social.

Putem afirma că în acest domeniu sociologia s-a apropiat de medicină, în măsura în care constituirea ei ca ştiinţă — urmare a unui larg efort teoretic şi aplicativ — a impus recunoaşterea dimensiunii social-medicale ca una dintre cele mai fecunde variabile explicative ale mediului social.

Convergenţa de interese între medicină şi sociologie are raţiuni multiple, printre care menţionăm pe de o parte dezvoltarea tehnică şi de organizare, pe de altă parte rolul factorilor sociali şi al mediului în apariţia şi evoluţia bolilor, precum şi dimensiunea psihologică şi socială care implică din ce în ce mai mult terapeutica.

*

În concluzie, procesul apropierii între cele două ştiinţe şi a constituirii unei platforme comune pentru ambele a avut ca premise atît interesul sociologilor pentru problemele medico-sanitare ale mediului social, cît şi orientarea din ce în ce mai vădită a medicilor către identificarea factorilor sociali favorizanţi, sau, dimpotrivă, frenatori pentru starea de sănătate sau boală. După o lungă perioadă de ignorare şi de reticenţă reciprocă, atît sociologia cît şi medicina vor deveni din ce în ce mai conştiente de necesitatea cooperării între ele, pentru ca ultimele trei decenii să consacre naşterea sociologiei medicinei, ca ramură nouă, cu un profund caracter interdisciplinar. Produs nemijlocit al unui larg şi îndelungat efort istoric, procesul convergenţei sociologiei cu medicina va avea consecinţe fructuoase atît pentru domeniul lor teoretic, cît şi pentru cel aplicativ.

Pentru sociologie acest proces a însemnat, în primul rînd, diversificarea ariei de preocupări, prin luarea în considerare a unui domeniu aparte al realităţii sociale, cel al relaţiilor şi fenomenelor medico-sanitare, oferindu-i noi criterii metodologice şi deschizînd drum larg cercetărilor sale din domeniul empiric.

Pentru medicină, procesul convergenţei acesteia cu sociologia a însemnat achiziţionarea unei concepţii integratoare asupra sănătăţii şi bolii şi a unei noi perspective asupra cîmpului ei de studiu. Aceasta a avut drept primă consecinţă înlocuirea concepţiei negative asupra sănătăţii cu una pozitivă, care extinde semnificaţia actului medical dincolo de limitele sale tradiţionale — terapeutice şi curativiste — pînă la integrarea în sfera preocupărilor şi acţiunilor de optimizare şi planificare a bunăstării sociale a indivizilor. Într-adevăr, definirea actuală a sănătăţii ca „o completă bunăstare fizică, mentală şi *socială* (sublinierea noastră) şi nu numai simpla absenţă a unei boli sau infirmităţi" (2),



Scanned with OKEN Scanner

orientează cel mai direct posibil medicina contemporană către obiectul de studiu al ştiinţelor sociale. Trebuie subliniat însă faptul că pînă la apariţia sociologiei medicinei, acest interes social al medicinei a fost în mare măsură pragmatic şi nu a fost integrat pe deplin într-o teorie socială corespunzătoare asupra sănătăţii. În prezent însă, atît pentru medici, cît şi pentru sociologi, colaborarea în domeniul sociologiei medicinei constituie o preocupare constantă, cu efecte valabile atît pentru activitatea lor practică, cît şi teoretică. Rod al unei îndelungate experienţe şi elaborări istorice, sociologia medicinei s-a născut deci din efortul comun al ştiinţelor biologice şi sociale de a-şi cristaliza un punct de vedere unitar asupra obiectului lor de studiu. Acest fapt dovedeşte încă o dată că între ştiinţe nu există graniţe istoriceşte constituite şi că actualul sistem de clasificare a ştiinţelor este mult prea rigid pentru a putea fi considerat ca definitiv. Progresele actuale ale sociologiei medicinei ilustrează plenar această constatare.

Scanned with OKEN Scanner

## 2.
## DOMENIUL ȘI FUNCȚIILE SOCIOLOGIEI MEDICINEI COLECTIVITĂȚILOR UMANE

„Cercetătorii materialiști ai naturii au intuit că o boală nu este nici mai sacră și nici mai omenească decît alta, ci toate sînt fa fel, adică au o pricină materială".

HIPOCRAT

În ultimele decenii, amploarea deosebită a efectelor revoluției tehnico-științifice în domeniul sănătății publice a impus din ce în ce mai mult medicului o cunoaștere din ce în ce mai complexă și mai nuanțată a problemelor cu caracter social. Dezvoltarea tehnică și de organizare a medicinei contemporane pe de o parte, și creșterea rolului factorilor sociali în declanșarea bolilor pe de altă parte, au impus din ce în ce mai mult ca o necesitate imperioasă, integrarea domeniului socio-medical într-un cîmp unitar de studiu, capabil să acorde o semnificație atît practică, cît și teoretică corelației dintre factorii sociali și medicali. Acestei necesități i-a corespuns în cea mai mare măsură apariția și dezvoltarea sociologiei medicinei ca știință.

Pentru a putea aprecia în ce măsură această nouă și tînără ramură a științelor medicale și sociale s-a constituit și și-a asigurat — de-a lungul unei perioade relativ scurte — un statut autonom în rîndul celorlalte discipline, este necesar să examinăm mai întîi scopurile și obiectivele ei practice și teoretice, precizînd obiectul său de cercetare, funcțiile și rolul pe care le îndeplinește în raport cu alte științe.

*

„În mod obișnuit — considera Miron Constantinescu — definirea unei științe începe prin delimitarea obiectului acelei științe" (24). Determinarea acestui obiect în cazul sociologiei medicinei se vădește însă a fi o sarcină dificilă, care apare în mare parte îngreuiată de vasta diversitate a părerilor și definițiilor enunțate. Probabil că este caracteristic pentru așa-numitele „științe noi" — constata reputatul sociolog german



Scanned with OKEN Scanner

R. Dahrendorf — „ca în cadrul lor să fie purtate tot atît de multe discuții, atît în domeniul premergător cercetării, cît și în aceasta însăși" (25). Fiind o știință tînără, sociologia medicinei a cunoscut și cunoaște în continuare asemenea discuții care au în vedere, în primul rînd, lămurirea rolului ei față de alte discipline, atît medicale cît și sociale. Ca urmare, problema definirii ei, a rolului pe care-l îndeplinește în domeniul social și medical, este abordată într-o vastă literatură, a cărei diversitate sporește neîncetat.

În ceea ce ne privește, considerăm definirea sociologiei medicinei ca fiind demonstrată de faptul că în ultima perioadă ea s-a afirmat ca o știință de sine stătătoare cu obiect propriu. În măsura în care ea a reușit să-și precizeze treptat obiectivele, să-și clarifice raporturile cu alte științe, să-și făurească metode și tehnici proprii de investigație, să-și delimiteze domeniul specific de cercetare și — pe aceste baze — să aducă contribuții valoroase studiului factorilor socio-medicali, conceperea ei în mod unitar a devenit din ce în ce mai posibilă și legitimitatea ei ca știință din ce în ce mai recunoscută.

Considerăm deci util să examinăm toate aceste aspecte și, pe această bază, să putem enunța în final obiectul și funcțiile ei principale.

## 2.1. OBIECTUL SOCIOLOGIEI GENERALE

Dacă am încerca să examinăm mai îndeaproape realitatea socială în forma în care aceasta apare fiecăruia dintre noi, vom constata *în primul rînd,* că este alcătuită dintr-un șir de fapte, fenomene și procese sociale, care interacționează între ele și atrag — în decursul desfășurării lor — diferitele relații și acțiuni ale colectivităților umane.

*În al doilea rînd,* vom putea observa că această realitate, departe de a fi omogenă în structura ei, este constituită dintr-un complex deosebit de variat de instituții și de forme specifice de organizare, care prin natura și conținutul activității lor asigură desfășurării diferitelor fenomene și procese o bază mai mult sau mai puțin repetitivă și stabilă, dată de permanența și de periodicitatea lor în timp. *În al treilea* dar nu și în ultimul rînd, vom constata că viața socială, în totalitatea ei, este rezultatul acțiunilor concertate și convergente ale unor grupuri de oameni și colectivități, care adoptă în comun anumite genuri de valori, de norme, de comportamente, de atitudini, cărora le sînt specifice anumite modele de gîndire, de simțire, de acțiune și care definesc în esență identitatea grupului. Faptele, fenomenele și procesele sociale definesc nivelul obiectiv al realității sociale, constituind în esență *existența socială,* în timp ce opiniile despre ele, totalitatea de norme, de valori, de sentimente și atitudini constituie ceea ce numim de obicei *conștiința socială.* Primul domeniu constituie obiectul de studiu al științelor sociale, al doilea domeniu reprezintă baza de studiu a științelor noologice. Cercetînd diferitele grupuri, instituții, relații, fapte, fenomene și procese sociale, sociologia face parte din grupul științelor sociale. Trebuie însă de la început făcută precizarea că dacă „sociologia este o știință socială, nu orice știință socială înseamnă



Scanned with OKEN Scanner

sociologie" (26). Ştiinţele sociale „particulare", studiază o anumită latură a existenţei sociale, un anumit proces şi fenomen social (economic, politic, demografic, etic, juridic etc.), fără să se preocupe în mod special de conexiunile acestora cu celelalte fenomene şi procese existente în societate. Spre deosebire de aceste ştiinţe sociale particulare, care „cercetează în mod specific complexul relaţiilor, structurilor şi proceselor sociale în toate înfăţişările lor" (27), sociologia nu se ocupă de fiecare fenomen social în parte izolat, nu-l studiază ca atare, ci dimpotrivă îl integrează în cadrul întregului sistem social, supunîndu-l unei concepţii totalizatoare. Considerarea unui fenomen social în corelaţie — directă sau mediată — cu celelalte fenomene şi procese sociale, ataşarea lui la totalitatea socială, constituie esenţa oricărei cunoaşteri sociologice.

Noţiunea de totalitate socială corespunde aici noţiunii de societate, şi de aceea se poate spune că sociologia în general are ca obiect studiul societăţii ca întreg, ca realitate distinctă de suma indivizilor, fenomenelor şi proceselor care o compun. Această definiţie este, desigur, aproximativă, dar are în schimb meritul de a putea evidenţia cel puţin două dimensiuni de bază ale oricărei analize sociologice : *pe de o parte* integrarea (care este altceva decît însumarea mecanică) cunoştinţelor despre societate într-un complex ştiinţific, structurat şi unitar, iar *pe de altă parte* considerarea faptului că fenomenele şi procesele sociale, relaţiile şi acţiunile desfăşurate de oameni în societate nu au un caracter izolat, ci dimpotrivă, interacţionează, se combină şi se asociază între ele permanent. Aceasta nu înseamnă totuşi că sociologia se constituie prin juxtapunerea sau adiţionarea diferitelor ştiinţe sociale particulare, aşa cum credea unul dintre marii ei fondatori, care considera că sociologia trebuie să reprezinte caracterul unei „enciclopedii" a acestor ştiinţe *. Sociologia are, evident, multe puncte de tangenţă cu ştiinţele sociale, cu care colaborează îndeaproape, dar nu se reduce la ele. „În primul rînd sociologia studiază ceea ce este general, comun tuturor fenomenelor sociale. După ce ştiinţele particulare, generalizatoare, au degajat din evenimentele singulare ceea ce este comun fenomenelor de diferite feluri, sociologia extrage ceea ce este comun tuturor acestor feluri, ceea ce este prezent în fiecare fenomen social, fără excepţie, şi ceea ce constituie totodată specificitatea fenomenului social ca atare, în comparaţie cu fenomenele naturale sau cu celelalte genuri posibile de fenomene" (28). Ca urmare, putem considera sociologia (generală) ca o ştiinţă socială, fundamentală, care are ca scop principal identificarea şi cercetarea legilor** care acţionează în societate şi care reglementează relaţiile şi acţiunile colective ale oamenilor, faptele, fenomenele şi procesele sociale, ca pe această bază să poată elabora o teorie cu caracter general asupra societăţii. Se ocupă atît de ansamblul raporturilor interumane, dezvoltate de diferitele grupări şi colectivităţi sociale, cît şi de structura, procesele şi modul de funcţionare ale ansamblului social în unitatea şi diversitatea părţilor sale componente. În cen-

* Emile Durkheim credea că sociologia este „suma unor elemente adiţionate".

** Problema legităţii sociologice este controversată încă în sociologie, în măsura în care unii autori identifică această legitate cu regularitatea statistică şi neagă faptul că ea ar constitui obiectul fundamental al teoriei sociologice generale.



Scanned with OKEN Scanner

trul atenției ei nu stă individul izolat, ci, dimpotrivă, formele de viață colective*. În acest sens, ea colaborează cu alte discipline.

## 2.2. OBIECTUL DIFERITELOR SOCIOLOGII DE RAMURĂ

În activitatea lor practică, de cercetare a realității sociale, de obicei sociologii nu se ocupă global de întreaga societate, ci efectuează specific o anumită împărțire a ei în elemente și părți componente, asupra cărora se opresc în mod special. Marea complexitate și diversitate a socialului impune, ca o cerință absolut necesară, o anumită diviziune a muncii sociologului și a domeniilor sale de cercetare empirică. Această cerință, izvorăște pe de o parte din necesitatea unei tratări structurale a realității sociale (distribuirea ei în diferite compartimente, secvențe și „paliere"), iar pe de altă parte din necesitatea considerării caracterului global (total) al fiecărui proces social. „Sociologii trebuie să întocmească o anumită împărțire și clasificare a tuturor fenomenelor și proceselor care au loc în viața socială, pentru ca pe această bază să înfăptuiască sistematizarea cercetărilor lor și a principiilor teoretice" (29). Aceasta nu înseamnă totuși că sociologul trebuie să ignoreze caracterul unitar și totalizator al cunoașterii sale, deoarece chiar cînd se ocupă de un anumit fapt sau fenomen social, este permanent nevoit să țină seama de principiul „totalității sociale", de necesitatea considerării interacțiunilor și legăturilor lui complexe cu alte fenomene și procese sociale. În afară de aceasta trebuie să țină seama că o anumită situație socială care-l interesează, un eveniment, un proces social nu se constituie numai pe baza existenței unui simplu fapt sau fenomen — indiferent de ce natură ar fi acesta — ci cuprinde o „constelație", o unitate globală de asemenea fapte sau fenomene. Aceste „fapte" de cea mai mare amploare sînt denumite de obicei „fapte sociale totale" și prezintă semnificația că în realitatea socială nu acționează fenomene „pure", avînd un singur caracter (economic, politic, demografic etc.), ci fenomene complexe, constituite din interrelația unor fapte și elemente cu caracter deosebit de variat și de complex. Fiecare dintre ele constituie obiectul de studiu al unei anumite sociologii de ramură, a cărei sarcină constă în descrierea sistematică a unui anumit domeniu social, ca și în explicarea fenomenelor și proceselor care se desfășoară în cadrul acestuia. „Descrierea necesită existența unui aparat corespunzător noțional, iar explicarea — deci stabilirea legităților, descoperirea legăturilor și a dependențelor, efectuarea unor generalizări — necesită crearea teoriei" (29).

Fixînd obiectul de cercetare a diferitelor sociologii „particulare", Jan Szczepański le clasifică în trei grupuri mari : cele care cercetează principalele instituții sociale, cele care studiază diferite tipuri de colectivități și grupuri umane și în sfîrșit, cele care cercetează fenomenele și procesele

* Accentuînd asupra acestui lucru, J. Szczepański consideră că obiectul principal de cercetare al sociologiei (generale) „îl constituie colectivitățile umane, întregul constituit din raporturile reciproce ale oamenilor, care tind să-și satisfacă nevoile, întreg creat din indivizi, grupuri, instituții, valori culturale, tradiții și relații" (29).



Scanned with OKEN Scanner

sociale. * Colaborînd îndeaproape cu celelalte ştiinţe ele contribuie temeinic la furnizarea de informaţii despre comportamentul social al oamenilor, despre modul cum influenţează diferitele fenomene şi procese acest comportament, furnizînd astfel sociologiei generale, posibilitatea de a elabora, pe baza concluziilor şi generalizărilor, o teorie generală asupra societăţii.

## 2.3. OBIECTUL PRINCIPAL AL SOCIOLOGIEI MEDICINEI : RELAŢIILE, FAPTELE, FENOMENELE ŞI PROCESELE SOCIO-MEDICALE ALE COLECTIVITĂŢILOR UMANE

Pornind de la aprecierea făcută anterior, conform căreia realitatea socială se compune dintr-o serie deosebit de complexă de fapte, fenomene şi procese sociale, iar acestea constituie obiectul sociologiei, este necesar să operăm o anumită clasificare în cadrul lor, astfel ca fiecare dintre ele să se constituie ca obiect specific al unei anumite sociologii particulare. În mod deosebit ne interesează aici ce gen de fapte, fenomene şi procese trebuie să constituie obiectul de studiu al sociologiei medicinei, ce domeniu al vieţii sociale îi este atribuit ei în această diviziune a muncii sociologilor şi care sînt criteriile pe baza cărora putem diferenţia acest domeniu de celelalte, care constituie obiectul de studiu al altor sociologii particulare. Înainte de a răspunde la toate aceste întrebări este necesar să examinăm pe scurt natura şi conţinutul principalelor elemente care alcătuiesc domeniul comun de studiu, al medicinei şi sociologiei.

### 2.3.1. RELAŢIA SOCIO-MEDICALĂ

Se afirmă de obicei că în activitatea sa medicul are de-a face în general cu omul bolnav. Există chiar un dicton tradiţional care consideră că „nu există boli, ci numai bolnavi" (30), punînd deci accent pe faptul că actul medical este în cea mai mare măsură relaţia medicului cu bolnavul **. Această relaţie defineşte conţinutul oricărei activităţi medicale cu caracter predominant terapeutic. Totuşi, dacă încercăm să examinăm mai îndeaproape trăsăturile şi laturile ei „intime", observăm că ea nu constituie doar o „pură" relaţie medicală, ci va include, specific, o totalitate de aspecte de ordin social, psihologic, şi cultural, care vor influenţa în decursul desfăşurării ei atît acţiunile medicului, cît şi pe cele ale bolnavului. Ne bazăm aici pe faptul că relaţia terapeutică nu se reduce doar la un simplu raport interpersonal între cei doi termeni, medicul şi

* Alături de sociologia generală ca ştiinţă socială fundamentală există în prezent o mulţime de sociologii de ramură (sociologia medicinei, economică, politică, a culturii, a educaţiei şi învăţămîntului, a mijloacelor de comunicare în masă, a timpului liber, a familiei, a muncii, a sportului, a dreptului, a ştiinţei, urbană, rurală etc.), care constituie fiecare un mod concret şi global de abordare a unui anumit fenomen social, obişnuit obiectul de studiu specific al unei ştiinţe sociale particulare.

** Este sigur că astăzi medicina nu mai poate fi concepută, în mod tradiţional, doar ca ştiinţă a celor bolnavi. Apariţia şi generalizarea medicinei profilactice şi preventive a impus, în epoca contemporană, definirea ei atît ca ştiinţă a omului sănătos, cît şi a celui bolnav.



Scanned with OKEN Scanner

bolnavul *, ci angajează „in extenso" întreg domeniul social. Ea poate fi la fel de bine considerată o relație socială (între doi membri ai unor grupe sociale distincte), o relație psihologică (care pune față-n față două psihologii diferite), ca și o relație culturală (care face să se confrunte tipuri diferite de opinii, de valori, de atitudini și comportamente).

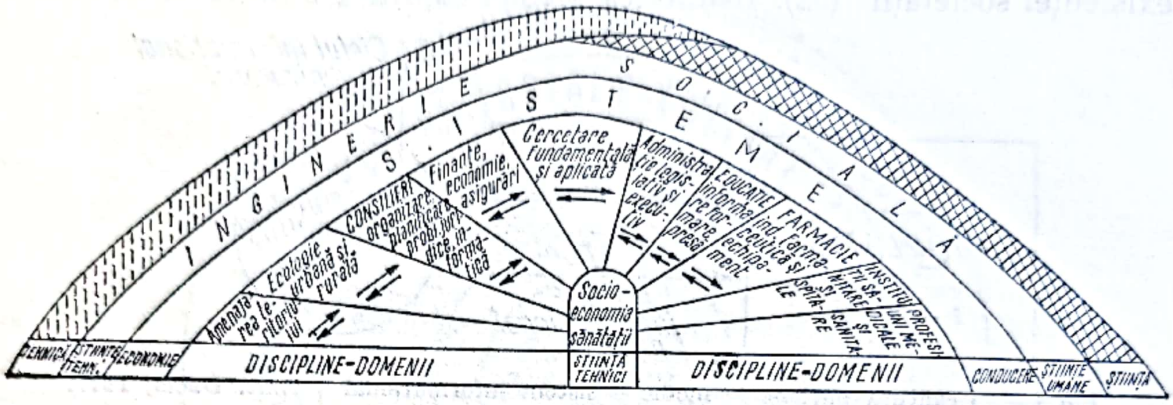



*Fig. 6* — Sisteme de colaborare și coordonare în domeniul studiilor și cercetărilor de socio-economie a sănătății (Cierses).

Ca urmare, se desprinde faptul că orice relație între medic și bolnav este „condiționată de structura socială și ea însăși apare ca un anumit gen de sistem social" (31), care reunește în cadrul ei elemente și componente ale socialului cu caracteristici diferite. În măsura în care acceptăm că aspectul de relație desemnează caracterul fundamental al oricărui fapt social și considerăm relația medic-bolnav ca parte componentă a rețelei de relații interpersonale, care caracterizează viața socială, putem aprecia că această relație — dincolo de aspectele și implicațiile ei medicale — are un pronunțat caracter social. Din acest punct de vedere, etichetarea ei ca relație socio-medicală reflectă cel mai bine interferența celor două aspecte. Trebuie spus însă că — exceptînd raportul terapeutic — în domeniul medicinei și al sănătății publice există și alte asemenea relații, care se referă la legăturile (economice, culturale, administrative, etice, juridice etc.) ce se stabilesc între membrii corpului medical, între aceștia și membrii altor instituții și organizații sociale, între ei și întreaga societate etc. Avînd un caracter deosebit de complex și de variat, aceste relații alcătuiesc nucleul oricărui fenomen și proces socio-medical, baza constituirii realității socio-medicale, ca obiect nemijlocit de studiu al cercetărilor de sociologie a medicinei.

* Avem aici în vedere nu o simplă relație interindividuală (ca obiect de studiu al psihologiei comportamentului interpersonal), ci o relație complexă, între membrii a două grupe sociale, unii care cer ajutor și alții care îl acordă.

În succesiunea vieții sociale, relațiile care intervin între oameni, între grupuri și între instituții se combină între ele, devenind din ce în ce mai complexe și mai structurale și pot să dea astfel naștere unor configurații sociale aparte. Aceste configurații — denumite generic fapte sociale — constituie baza oricărei existențe sociale, manifestîndu-se ca momente, uneori ca „momente nodale ale vieții sociale, ale desfășurării existenței societății" (32). Realitatea socială cuprinde o mulțime de exem-

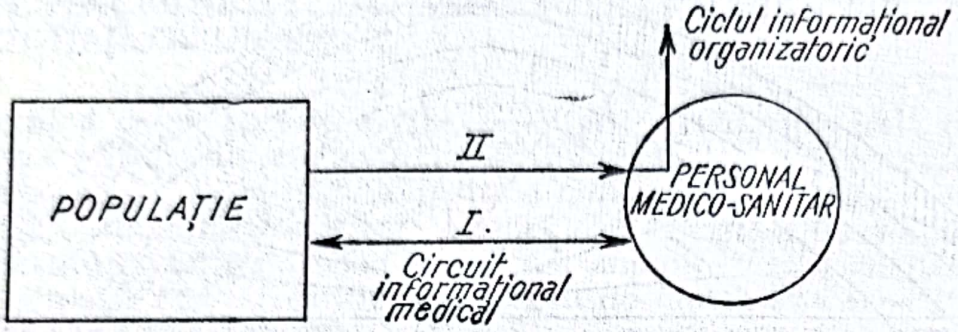



*Fig. 7* — Legătura pacient — medic — sistem informațional — Edit. Dacia, 1971.

ple despre asemenea fapte, care în funcție de natura lor pot fi istorice, culturale, economice, politice, religioase, artistice, circumscriind deci întreaga sferă a socialului. Distingînd între caracterul lui obiectiv (faptul social, ca „dat" al realității obiective) și caracterul lui subiectiv (faptul social, ca o construcție subiectivă a conștiinței sociale), R. Rezsohazy consideră că „un fapt social desemnează : 1) tot ceea ce se petrece, tot ceea ce se întîmplă, tot ceea ce există ; 2) cînd poate fi perceput din gesturi, cuvinte, sunete, scris, mișcări, senzații, dintr-o prezență etc. ; 3) formînd o unitate internă pentru a fi înțeles și 4) pentru a putea fi raportat la actele altuia" (33). Se evidențiază deci că faptul social include orice act, eveniment, situație sau obiect care are o semnificație socială*, orice realitate care se constituie ca urmare a unor interacțiuni sociale complexe, ce pun în cauză comportamentele și acțiunile sociale ale oamenilor.

În domeniul medical există numeroase asemenea fapte, definite atît prin caracterul lor complex și compozit (economic, psihologic, etic, cultural etc.), cît și prin implicațiile lor de natură materială sau spirituală asupra societății în general. Considerînd boala și examinînd-o în sine, constatăm că ea nu reprezintă un fapt social ca atare, ci în primul rînd un fenomen predominant biologic**. Totuși o epidemie de masă constituie un fapt social complex, în măsura în care poate să aibă implicații asupra desfășurării în bune condiții a activității sociale. Constituie în același timp un fapt social și un fapt medical. Astfel, reprezintă un fapt social cînd declanșează efecte perturbatoare asupra societății (cu caracter

* Fără să pătrundem în detaliile acestei probleme, amintim trăsăturile oricărui fapt social. Faptul social este relațional, este recurent, reprezintă o medie tipică și normativă pentru fiecare specie de relații sociale, este normal, este exterior față de individ și „prestabilit", apare mai mult sau mai puțin instituit și în consecință integrat în structuri ierarhice de relații, este funcțional și contribuie la menținerea și perpetuarea unei configurații sociale determinate [Henri Janne (34)].

** Considerăm corectă aprecierea lui V. Săhleanu, care este de părere că boala nu reprezintă în sine o unitate materială, ci „reprezintă pe plan *fenomenologic* (sublinierea noastră) perturbări neîntîmplătoare ale echilibrului biologic..." (30).

economic, demografic, cultural etc.) și este un fapt medical în raport cu eforturile autorităților medicale și cu ofensiva desfășurată de instituțiile și organizațiile medico-sanitare, în scopul combaterii ei.

Împletirea celor două aspecte face ca denumirea de fapt socio-medical să apară cît se poate de nimerită.

O realitate care pare și mai ilustrativă și atestă aprecierile făcute anterior, o reprezintă spitalizarea. Dincolo de implicațiile pentru cîmpul

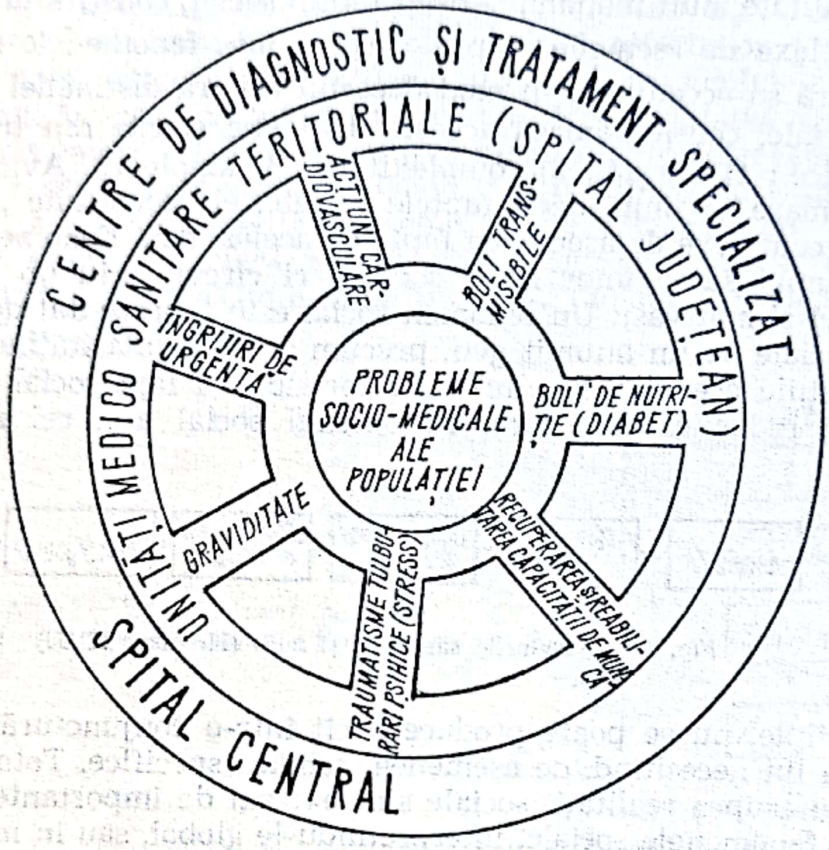



*Fig. 8* — Surse de cercetare socio-medicală în cadrul unor unități specializate.

activității medicale, spitalizarea uneia sau mai multor persoane, reprezintă oricum un fapt social. Implicațiile ei materiale și spirituale asupra societății în general, asupra desfășurării în condiții optime a activității sociale, economice și culturale, asupra perturbării vieții familiale și profesionale a individului și grupelor sociale, solicită ca o necesitate, activitatea sociologului, care abordează atît manifestările acestui fapt social, cît și cauzele care îl produc, precum și consecințele lui asupra colectivității. Tulburările determinate de spitalizare în funcționarea normală a rolurilor și relațiilor sociale, disfuncțiile introduse în echilibrul obișnuit al familiei și în relațiile dintre membrii ei, ca și influențele asupra structurii intime a persoanei, necesită o intervenție activă nu numai la nivelul actului medical propriu-zis, cît mai ales la nivel social. „Internarea în spital este bogată în tulburări potențiale, atît din cauza despărțirii bolnavului de rolurile normale pe care le are în familie și societate, cît și din cauza anxietății provocată de lipsa de înțelegere a procedeelor din spital și aprehensiunea cu privire la prognoza vindecării și la reluarea rolurilor normale“ (6). Faptele socio-medicale au o anterioritate, o istorie a lor, o cauzalitate și anumite consecințe.



Scanned with OKEN Scanner

Intervenind ca depersonalizare a individului *, ca „rupere" a echilibrului dat de relațiile sociale, în care acesta este de obicei ancorat, spitalizarea reprezintă deci un fapt socio-medical, care solicită împletirea acțiunilor medicale și sociologice într-o direcție unitară.

### 2.3.3. FENOMEN ȘI PROCES SOCIO-MEDICAL

O realitate mult mai amplă decît faptul social, constituită din ansambluri complexe de asemenea fapte, o reprezintă fenomenele și procesele sociale. Fără să accentuăm în mod deosebit asupra distincției între ele și faptele sociale, considerăm că această distincție constă din trei trăsături caracteristice : 1) durată ; 2) complexitate ; 3) amploare. Avînd o durată mult mai mare în timp, decît faptele sociale, ele constituie „constelații" extrem de complexe de asemenea fapte de același gen. Fenomenele sociale nu sînt numai suma unor fapte sociale, ci circumscriu un cadru mult mai distinct și mai vast. Un fenomen social este reprezentat de totalitatea faptelor sociale de un anumit gen, precum și de regularitățile care intervin în relațiile acestora cu alte fapte sociale. Un fapt social este adesea spontan și redus ca amploare. Fenomenul social are, cel mai adesea,

*Fig. 9* — Nivelurile sănătății și bolii (Hoyman H.G.)

cauze multiple, nu se poate produce decît într-o conjunctură favorabilă, persistența lui necesitînd, de asemenea, condiții specifice. Totodată consecințele sale asupra realității sociale sînt extrem de importante. Sociologii pot studia fenomenele sociale, interpretîndu-le global, sau în manifestările lor distincte (fapte sociale) ; în ambele cazuri ei contribuie la definirea zonei de intensitate și a modului de desfășurare a fenomenului în timp, propunînd soluții pentru eradicarea, ameliorarea sau, dimpotrivă, multiplicarea efectelor și consecințelor lui. Fenomenele sociale se constituie în procese sociale atunci cînd în legăturile și interacțiunile lor se stabilesc note și trăsături comune, precum și o legitate specifică. Această legitate este ea însăși o caracteristică principală a proceselor sociale, stabilirea unui raport necesar și stabil între fenomenele și faptele componente. Din punct de vedere sociologic, procesele sociale sînt, de cele mai multe ori, sisteme de referință. În puține cazuri se studiază în ansamblu, integral, un proces social. De aceea, pentru a descifra sensurile și componentele unui astfel de proces este nevoie de echipe interdisciplinare complexe, care printr-o activitate de continuă colaborare pot să cuprindă în totalitate manifestările legice ale procesului manifestat în cadrul colectivității umane.

---

* Marx definea boala ca „Viață limitată în libertatea ei", voind să sublinieze astfel caracterul ei perturbator asupra acțiunilor și relațiilor sociale ale individului.



Scanned with OKEN Scanner

Un exemplu de asemenea fenomen (uneori proces) pentru cîmpul medical, îl reprezintă boala. Luată în sine, detaşată de influenţele asupra societăţii, boala reprezintă un fenomen biologic. Totuşi, în măsura în care integrăm componentele şi efectele sale cu caracter social, într-o unitate integrală, complexă, constatăm că reprezintă în acelaşi timp şi un fenomen (proces) social. Domeniul medicinei oferă nenumărate posibilităţi de studiere a comportamentului uman în diferite situaţii sociale şi medicale, în raporturile sale cu boala şi cu factorii nocivi ai mediului înconjurător. Boala însăşi, generează în sînul diferitelor grupe sociale reacţii şi comportamente specifice, care cer medicului atît evaluarea modului în care influenţează asupra lor varietatea de atitudini, de norme, de valori, cît şi înregistrarea modificărilor intervenite în grup, ca urmare a declanşării stării de boală. Se conturează aici un important cîmp de activitate pentru medic, care, bazat pe concluziile cercetărilor efectuate, oferă soluţii utile politicii sanitare, contribuind activ la fundamentarea unui larg program de acţiune medicală şi în acelaşi timp socială.

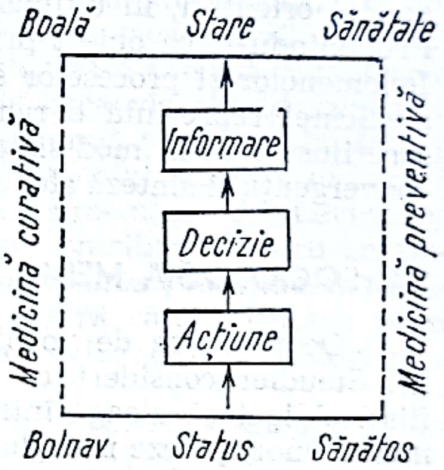



*Fig. 10* — Etapele unei acţiuni cu caracter medical (L. Boric).

De exemplu, cunoscînd puterea de difuziune, ca şi gradul specific de infiltrare a unei boli, mai ales în cadrul unei anumite grupări de populaţie (clasificată în funcţie de sex, vîrstă sau categorie socio-profesională), medicul poate să indice căile care trebuie să fie urmate, măsurile de prevenire, ca şi modul în care aceste măsuri trebuie concentrate asupra unui grup sau altui grup social. „Cunoaşterea domeniului bolilor şi a modului cum sînt repartizate în populaţie ajută la determinarea greutăţilor pe care boala le creează în diferitele subgrupări din această populaţie“ (6). Din punctul de vedere al convergenţei de interese între sociologie şi medicină şi al caracteristicilor ei — atît individuale, cît şi sociale — boala se dovedeşte a fi deci un important fenomen socio-medical, constituit din interdependenţa complexă a unor elemente cu caracter biologic, psihologic, social şi chiar cultural.

*

Pornind de la evaluarea caracteristicilor principale ale faptelor, fenomenelor şi proceselor cu conţinut atît medical, cît şi social, care constituie obiectul comun de studiu al medicului şi sociologului, unii

autori fac o distincție între termenul de „medico-social" și cel de „socio-medical". Se consideră astfel că primul termen desemnează de obicei natura oricărui fenomen *social* cu conținut medical, iar al doilea se referă la acele fapte și fenomene *medicale* care au un profund caracter social. În timp ce primul termen răspunde cerinței considerării bolii ca un fenomen social, al doilea subliniază faptul că investigația medicală poate utiliza și metodele de studiu ale fenomenelor sociale.

Această distincție cu caracter mai mult semantic, poate fi, desigur, plasată în plan teoretic și, din acest punct de vedere, ea constituie un bun prilej de a preciza zonele epistemologice de confluență ale cunoașterii medicale și sociale. Dacă încercăm însă s-o utilizăm sub aspect operațional, observăm că aduce foarte puține contribuții rezolvării unor probleme practice și, ca orice distincție, cuprinde o anumită doză de arbitrar. Ambele denumiri reflectă oricum faptul că medicina actuală se orientează din ce în ce mai mult către problemele *sociale* ale sănătății și bolii, asimilînd din ce în ce mai mult noțiuni, concepții, metode și tehnici, considerate cîndva ca fiind numai de resortul științelor sociale. Extinderea acestei orientări, în ultimele decenii, a dat naștere sociologiei medicinei. Propunîndu-și ca obiect principal de studiu domeniul relațiilor, faptelor, fenomenelor și proceselor socio-medicale (sau medico-sociale)*, sociologia medicinei reprezintă o ramură nouă a disciplinelor medicale și sociale care ilustrează în mod simptomatic și reprezentativ tendințele actuale de convergență și sinteză ale diferitelor științe.

## 2.4. SOCIOLOGIA MEDICINEI ȘI SOCIOLOGIA ÎN MEDICINĂ

Ocupîndu-se de poziția actuală a sociologului în cadrul medicinei, Fr. Steudler consideră că acesta se găsește uneori în fața unei dileme, fiind obligat să aleagă între : „a studia medicina pentru a găsi confirmarea unor ipoteze mai globale în legătură cu ansamblul sistemului social sau structura comportamentelor sociale, fie a se apropia de medicină pentru a participa la prevenția și tratamentul bolii, pentru a ajuta practicianul în rezolvarea problemelor medicale și a contribui la elaborarea politicii sanitare (sănătate publică, epidemiologie, psihiatrie)" (31).

În primul caz, sociologul este confruntat cu problemele mai largi ale organizării sociale a medicinei și ale integrării acesteia în sistemul social, în al doilea caz sociologul se ocupă mai ales de problemele specifice ale practicii medicale, care privesc în esență condiționarea stării de sănătate și boală de către factorii sociali. Această distincție apare însă în cea mai mare măsură arbitrară și este de fapt produsul unei disjuncții fortuite, operată de unii autori în acest domeniu. Astfel, conform aprecierii făcută de Robert Strauss putem deosebi atît o *sociologie a medicinei (sociology of medicine)*, cît și o *sociologie în medicină (sociology in medicine)*. Prima studiază cu ajutorul metodelor sociologice medicina ca instituție, precum și diversele subinstituții ale medicinei, a doua abordează

* Unii autori sînt de părere că termenul de „socio-medical" „corespunde în fapt conținutului medicinei sociale" (14, p. 52), pe care René Sand o consideră „sinonimă cu sociologia medicinei" (35, p. 309—310). În ceea ce ne privește, preferăm să utilizăm termenul de socio-medical pentru a desemna orice realitate cu caracter medical și social care se include în sfera de studiu a sociologiei medicinei.



Scanned with OKEN Scanner

problematica condițiilor sociale care influențează sănătatea și boala, fiind încadrată în domeniul comun de cercetare al sociologilor și medicilor. *Sociologia medicinei* — spune Strauss — „studiază factorii ca structură de organizare, relațiile între roluri, sistemele de valori, riturile și funcțiile medicinei ca un sistem de conduite" (36), presupunînd o anumită independență a sociologului față de problemele specific medicale. *Sociologia în medicină* — adaugă el — constă, dimpotrivă, „într-o cercetare sau învățămînt în comun, care implică integrarea conceptelor, tehnicilor și personalului din numeroase discipline" (36). În acest caz, se impune fie ca sociologul să fie și medic, fie ca medicul să fie și sociolog. Deși autori prestigioși ca Manfred Pflanz consideră că această diferențiere între sociologia medicinei și sociologia în medicină „a fost confirmată în practică" (14), pare totuși imposibil, în prezent, să se facă o demarcare netă între ele, cu atît mai mult cu cît cercetările actuale demonstrează interdependența reciprocă a domeniilor lor, atît în ceea ce privește metodele folosite, cît și interesul comun pentru problemele sociale ale medicinei. Ca urmare, această distincție apare „de facto" inoperațională și este infirmată de poziția actuală a sociologului în cîmpul medical : el nu practică două tipuri de sociologii, ci urmărește în mod specific și sistematic în cercetările sale împletirea obiectivelor care vizează organizarea medicinei ca instituție socială, cu obiectivele care vizează identificarea și controlul factorilor sociali cu rol în condiționarea stării de sănătate și boală. Există deci o singură sociologie pentru domeniul medical, sociologia medicinei care — așa cum apreciază H. E. Freeman, S. Levine și L. G. Reeder — „permite atît furnizarea unei contribuții pentru ansamblul științei sociologice, cît și contribuția la rezolvarea problemelor medicale" (37)*. Precizînd temele fundamentale asupra cărora trebuie să se îndrepte în esență, cercetările de sociologie a medicinei, unii autori propun următoarea clasificare :

— distribuția bolilor (în funcție de tipul de societate, mediul familial, religie, apartenență de clasă, profesie etc.) ;

— factorii sociali și culturali legați de natura și gravitatea bolii ;

— tipul de tratament adoptat și elementele sociale care intervin în procesul terapeutic ;

— aspectele sociale ale relației terapeutice (31).

În lucrarea „Educația medicală ca proces social", Patricia Kendall și R. K. Merton propun chiar o schemă de clasificare a contribuției globale a științelor sociale în domeniul medical, care se axează pe următoarele probleme esențiale : 1) etiologia socială și ecologia bolii ; 2) componentele sociale ale terapiei și readaptării ; 3) medicina ca instituție socială ; 4) sociologia învățămîntului medical (158).

Toate aceste clasificări pot fi preluate în mod critic și completate cu noi elemente, în măsura în care se înțelege faptul că sociologia medicinei poate să aducă contribuții importante la rezolvarea problemelor sociale ale sănătății și bolii. Oricare ar fi cadrul în care se desfășoară actul medi-

* Unii autori preferă în locul termenului de sociologie a medicinei denumiri ca : „sociologie medicală" (D. Mechanic), „sociologie a sănătății" (G. Rosen), „sociologie a stării bolnavului", „sociologie a spitalului" etc., denumiri care potrivit opiniei noastre nu circumscriu decît o anumită parte din sfera problemelor cu care se confruntă astăzi sociologul care activează în domeniul medical.



Scanned with OKEN Scanner

cal (spital, dispensar medical, policlinic, instituție medico-sanitară), acesta apare inseparabil legat de condiții sociale și culturale și, din acest punct de vedere, sociologia medicinei oferă medicului informații indispensabile exercitării profesiei.

În lucrarea „Mirage of Health" René Dubois considera că „învățămîntul medical trebuie să furnizeze medicilor experiență și cunoștințe sociologice, care să le permită înțelegerea aspectelor sociale ale patologiei umane". În această privință utilizarea științelor sociale în domeniul medical, și dezvoltarea sociologiei medicinei pot constitui un bun prilej de integrare a activității medicului în vederea concentrării activității sale asupra identificării și controlului factorilor etiologici și patogenetici ai unor boli și completării tratamentului cu o serie de măsuri și indicații cu caracter social.

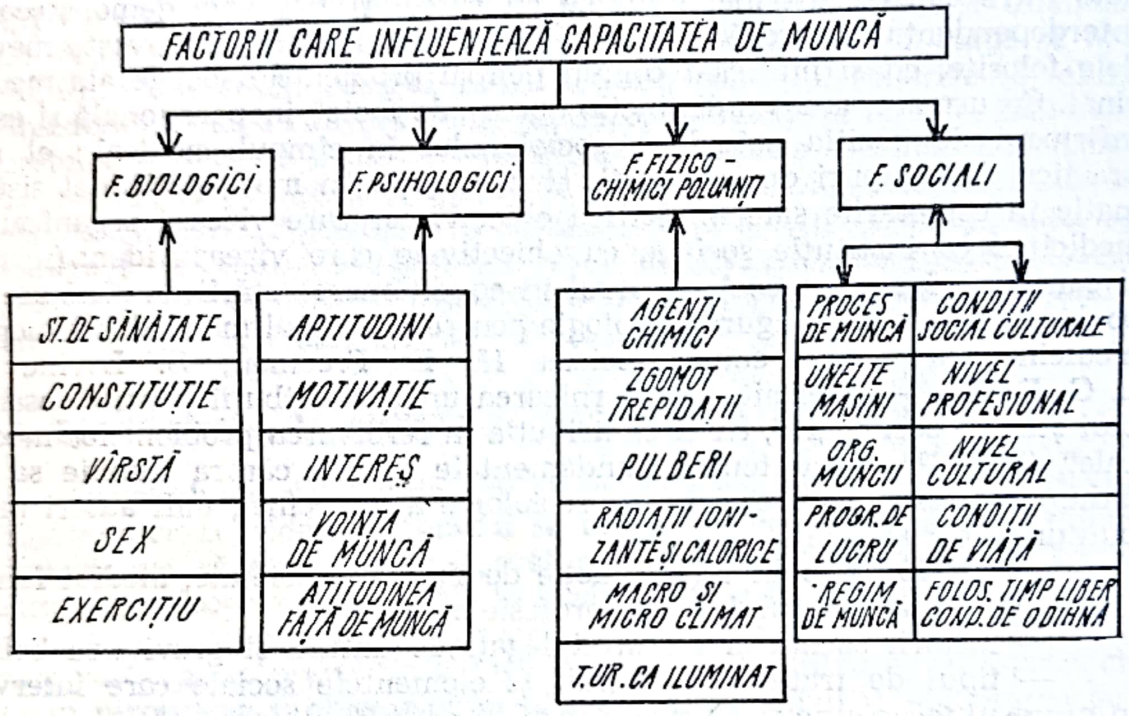



*Fig. 11* — Factorii care influențează capacitatea de muncă (I. Mihăilă)

## 2.5. SOCIOLOGIA MEDICINEI ȘI MEDICINA SOCIALĂ

Necesității includerii punctului de vedere social în conceperea teoretică și practică a actului medical i-a răspuns, pe deplin, apariția în cadrul disciplinelor medicale tradiționale a unei noi ramuri, medicina socială, ramură cu un profund caracter social. În perioada postbelică, constituirea sociologiei medicinei a generat numeroase controverse în legătură cu raporturile existente între cele două discipline, punîndu-se la îndoială faptul dacă sociologia medicinei este altceva decît medicina socială și mergîndu-se pînă la identificarea lor. Înainte de a trece la examinarea acestor raporturi, este necesar să precizăm mai întîi natura și conținutul activității desfășurată de fiecare în parte.

La baza medicinei sociale stă în primul rînd constatarea potrivit căreia factorii sociali au o influență determinantă asupra fenomenelor



Scanned with OKEN Scanner

de sănătate și boală, medicina fiind chemată — în primul rînd — să acționeze asupra lor, pentru a asigura o bună stare de sănătate întregii colectivități.

Această constatare este valabilă și în cazul sociologiei medicinei, care se deosebește însă de medicina socială prin elemente specifice care cuprind atît metodele utilizate, cît și organizarea activităților sale de cercetare.

Termenul de medicină socială, ca atare, este cel puțin ambiguu. Astfel, făcînd abstracție de faptul că „volens-nolens" medicina cuprinde mai ales obiective cu caracter nemijlocit social, e foarte greu de făcut o distincție definitivă între sănătatea colectivităților și cea a indivizilor care le compun. Ar trebui astfel, să admitem că există boli sociale în care factorii biologici nu au nici un rol și boli, în care, dimpotrivă, factorii sociali nu intervin în niciun fel. Această distincție este realmente rigidă și, conform ei, ar trebui să existe două tipuri de medicină : o medicină biologică, tradițională și una cu caracter exclusiv social. Sîntem de părere că distincția se bazează exclusiv pe caracterul eronat al concepției potrivit căreia între individual și social, între social și biologic există o ruptură fundamentală. Această concepție, generată atît de vechea moștenire umanistă a filozofiei sociale, cît și de sistemul tradițional de clasificare a științelor, denaturează de fapt sensul real al relației dialectice între individ și societate, între sociologic și biologic. Aceste elemente trebuie concepute permanent în legătură indisolubilă unele cu altele. Astfel, saltul de la biologic la uman (social) a cuprins încă de la începuturile istoriei, socializarea ființei umane, dovedind că între antropogeneză și sociogeneză există o relație absolut fundamentală și practic de neînlocuit.

„Esența umană — spunea Marx — constă în ansamblul relațiilor sociale", și în acest sens trebuie să concepem raporturile care se stabilesc între individ și societate, între latura biologică și latura socială a existenței omului. În același sens, trebuie să înțelegem și relația existentă între medicina socială și cea „biologică", dacă se poate denumi astfel. Ele nu constituie în nici un caz discipline cu obiective aparte, diferențiate, ci sînt de fapt două modalități complementare, cu conținut programatic pentru activitatea medicală în epoca contemporană. Medicina trebuie concepută de fapt în mod unitar, ca o „unitate" în diversitatea punctelor ei de vedere — biologice și sociale — asupra sănătății și bolii, iar în practică aceste puncte de vedere sînt absolut de nedespărțit. „Odată ce se stabilește că medicina este antropologie" scria R. Virchow — „și din moment ce interesele privilegiaților nu mai determină mersul evenimentelor publice... medicina este în fond o profundă știință socială". Practicată *în* și *pentru* societate, medicina are oricum, în prezent, un conținut social. Această discuție apare însă, oarecum sterilă, dacă avem în vedere totuși faptul că în prezent, medicina socială există ca atare și constituie o disciplină cu statut recunoscut în cadrul celorlalte discipline medicale cu activitate tradițională. Problema principală nu constă în evaluarea faptului dacă trebuie sau nu să admitem denumirea de medicină socială.

Dincolo de precizările conceptuale poate fi admisă realitatea conform căreia în medicina contemporană nu există numai o orientare generală, dar și o „disciplină" aparte, care poartă denumirea de medicină



Scanned with OKEN Scanner

socială. Dacă în ceea ce privește orientarea generală a medicinei contemporane către aspectele sociale ale sănătății și bolii, lucrurile sînt oricum mai clare, nu același lucru se poate spune în cazul cînd dorim să precizăm obiectul medicinei sociale. În primul caz, avem de-a face cu o modalitate specifică a practicii medicale, care, deosebindu-se de medicina curativă exercitată asupra indivizilor izolați, urmărește mai ales prevenția și profilaxia prin protejarea și ameliorarea mediului înconjurător al colectivităților sociale. E vorba aici în primul rînd „de o acțiune ofensivă, nu numai împotriva alterărilor adeverite, dar și împotriva riscurilor de alterare a sănătății, acțiune destinată în final să promoveze sănătatea indivizilor în sînul colectivității din care fac parte" (38). În al doilea caz, avem de-a face cu un domeniu de activitate specializat, care are metode și obiective proprii și care constituie o nouă disciplină medicală. În mod evident, această departajare cuprinde și ea o doză de arbitrar, dar are meritul să sublinieze totuși o realitate existentă. Să ne ocupăm puțin, în continuare, de obiectul de studiu al medicinei sociale ca disciplină. Unii autori (39) sînt de părere că acesta constă îndeosebi în rezolvarea problemelor de organizare sanitară a populației, în scopul creșterii eficienței activității sociale a medicinei. Alții, dimpotrivă, consideră că „medicina socială a depășit de mult aria unor preocupări pur organizatorice", pentru a se preocupa din ce în ce mai mult de „starea de sănătate a populației, studiată în dinamica ei, în corelație cu factorii medico-sociali, cu cerințele medico-sociale ale individului și ale colectivității" (40). În acest sens, V. Săhleanu consideră că „medicina socială... se ocupă în general de starea sănătății populației, acționînd asupra ei prin măsuri sociale" și studiază din acest punct de vedere „nu numai influențele socialului în patologie, ci și ale patologicului în social" (30). Încercînd să stabilească scopurile principale ale medicinei sociale, un autor belgian, J. M. Petit, consideră că ele constau nu numai în „studiul corpului uman, considerat izolat, ci și în studiul colectivităților umane, în mediul înconjurător, în modul lor de viață, în credințele lor și în viața lor, pentru a-și orîndui cît mai bine existența" (38). Această apreciere ne face să înțelegem mai bine faptul că între medicina socială și sociologia medicinei există legături reciproce. Departe de a le identifica, considerăm că ambele răspund unei necesități de bază a practicii medicale contemporane, manifestată prin tendința comună de a oferi un suport social explicației cauzale a sănătății și bolii. Ambele diferă însă atît prin metodele și tehnicile utilizate, cît și prin conținutul specific al activităților de cercetare preconizate. Dacă obiectul lor de studiu este în cea mai mare parte comun, nu trebuie neglijat faptul că ele utilizează în același timp un sistem noțional diferit și acordă generalizări diferite datelor recoltate în cercetare.

Ca și medicina socială, sociologia medicinei a dat naștere de-a lungul constituirii ei ca știință la numeroase controverse în legătură cu obiectul ei de cercetare, cu metodele și cu conținutul ei teoretic. „Unii autori au fost de părere că *sociologia medicală* (sublinierea noastră) constituie de fapt lărgirea sferei de investigații a medicinei sociale, știință cu vechi tradiții" (40). Fr. Steudler, urmărind îndeaproape distincția făcută de R. Strauss între sociologia medicinei și sociologia în medicină, consideră că prima studiază „profesia medicală sau *organizarea* (sublinierea noastră) sistemului de sănătate", iar a doua studiază „procesul de



Scanned with OKEN Scanner

dezvoltare a unei boli, sau factorii care influențează atitudinea unui bolnav față de boală" (31). Se observă mai ales pentru primul caz o anumită încercare de identificare a sociologiei medicinei cu medicina socială, în măsura în care se consideră că *organizarea* sănătății este un element definitoriu pentru obiectivele propuse de ambele discipline.

Această identificare este însă fortuită și nu ține seama de tradițiile istoriceşte constituite ale medicinei sociale și ale sociologiei medicinei, de modul cum privește fiecare dintre ele obiectul lor de studiu. Astfel, dacă atît medicina socială cît și sociologia medicinei studiază factorii medico-sociali care pot să aducă o contribuție specifică stării de sănătate a populației, pentru fiecare din aceste două științe există o manieră proprie de a concepe această realitate.

Medicina socială se apleacă cu precădere asupra studiului statistic al factorilor medico-sociali, încercînd, pe de o parte, să evidențieze o anumită procesualitate în starea de morbiditate a populației (colectivităților umane), iar pe de altă parte să asigure un control eficace asupra ei. „Ea trebuie să țină seama în primul rînd de ceea ce este general, comun, sau are valabilitate statistică, și să urmărească eficiența măsurilor sale, prin indici statistici..." (30).

Sociologia medicinei nu se limitează însă la acest studiu statistic, ci studiază toate procesele, fenomenele, instituțiile și relațiile sociale care pot influența starea de sănătate a populației, raportîndu-le la întregul social, la totalitatea socială. Legarea oricărui element, fapt sau proces de totalitatea socială constituie finalitatea oricărei explicații sociologice. *Sociologia medicinei identifică, explică și corelează factorii obiectivi (sociali, economici, politici, medicali, demografici, culturali) care concură la prevenirea, protecția, prevederea și promovarea stării de sănătate a colectivității umane, studiindu-i nu atît diferențiat, cît mai ales din punctul de vedere al dependențelor lor funcționale și al raportului lor cu întreg sistemul social.*

*Explicația* (legitatea) sociologică are în mod evident o rază mai mare de generalizare decît simpla descriere (regularitate) statistică, exprimînd relații cauzale între diferite fenomene ale vieții sociale, care sînt integrate în ansamblul complex al totalității sistemului social. „Generalizarea sociologică este dată de legea științifică, nu de o simplă generalizare empirică, iar legea științifică este exprimarea unei relații necesare și nu a unei simple corelații" considera pe bună dreptate cunoscutul sociolog R. K. Merton (60).

În această privință, considerăm sociologia medicinei ca avînd o rază mult mai mare de generalizare a enunțurilor sale, spre deosebire de cele ale medicinei sociale. În același timp, fiind mult mai ancorată — decît medicina socială — în studiul realității sociale, oferă acesteia date și elemente auxiliare. „Pentru ca medicina socială să lucreze în mod eficace, ea trebuie să se fundamenteze pe cunoștințe temeinice despre om, despre societate, despre interacțiunile om-natură și om-societate" (30). Desigur, aici poate să joace un mare rol teoria și cercetarea sociologică, ce acordă un mai mare rol analizei cauzale și funcționale a relațiilor care se stabilesc între factorii sociali și starea de sănătate a populației.

Fiind mult mai bine integrat și dezvoltat decît sistemul noțional al medicinei sociale, sistemul conceptual al sociologiei medicinei oferă totodată o mai bună valorificare epistemologică rezultatelor cunoașterii



Scanned with OKEN Scanner

desfășurate în cîmpul social-medical. Dacă ambele științe folosesc — pînă la un anumit punct — o serie de concepte comune (societate, colectivitate socială, mediu social, boli sociale etc.) trebuie considerat că sistemul conceptual al sociologiei medicinei este mult mai diversificat și are o arie mult mai mare de cuprindere. Această constatare își are temeiul în faptul că la baza elaborării cunoștinței sociologice stă în mare măsură posibilitatea sporită de integrare a datelor și rezultatelor furnizate de alte domenii, în special de domeniul celorlalte științe sociale, cu care sociologia se află în relație reciprocă. Temeiul interdisciplinarității, al colaborării cu alte științe sociale, constituie baza constituirii și dezvoltării ei. Pentru medicina socială, interdisciplinaritatea constituie, de asemenea, o premisă principală, care vizează însă, nu atît atașarea la totalitatea socială a faptelor studiate, cît mai ales obținerea unor cunoștințe corelate, care, însumate, oferă o imagine statistică asupra factorilor sociali, cu rol în starea de sănătate sau boală a populației.

Sociologia medicinei diferă totodată de medicina socială și prin caracterul metodelor și tehnicilor de cercetare. Ne referim aici nu atît la uzul (cîteodată abuzul) de statistici, chestionare, anchete, la așa-numita manieră „ilustrativistă", „factologică", cît mai ales la esența demersului ei aplicativ, a procesualității cunoașterii practice a realității.

Făcînd apel la un set deosebit de diversificat în ceea ce privește modalitățile sale de cunoaștere : tipologizare, modelare, analiză cauzală, analiză funcțională, analiză structurală, analiză comparativă ș.a.m.d., sociologia medicinei dovedește că este mult mai bine „dotată". Sigur că, în mare măsură, ambele științe folosesc în comun statistica și modelarea matematică, calculul probabilităților, ca și alte metode cantitative, dar ceea ce le deosebește este tocmai maniera diferită de generalizare a produselor cunoașterii, obținută cu ajutorul acestor metode și tehnici de cercetare. Pentru sociologia medicinei este deosebit de importantă posibilitatea de unificare (teoretizare) a acestor rezultate într-o teorie socială, unitară, care să fie în consens cu celelalte teorii existente și să servească practica socio-medicală.

Pentru a formula o lege sociologică este necesar de fapt să ajungem la formularea anumitor invarianți care să-și aibă fundamentarea în „postulate" specifice.

În acest spirit, sociologia medicinei abordează noțiunile generale ale sociologiei ca știință, aplicarea metodelor și tehnicilor sale de investigare, studiul sociologic al factorilor macro- și microsociali și influența lor asupra stării de sănătate și boală, dependența sistemului de ocrotire a sănătății și a instituțiilor sanitare de structura sistemului social.

Desigur, dincolo de toate aceste delimitări și diferențe specifice, între sociologia medicinei și medicina socială există mai multe posibilități de colaborare. Important nu este atît să vedem care dintre cele două discipline are un statut științific superior, care dintre ele este mai in măsură să ofere soluții activității medicului, cît, în primul rînd, să căutăm căi pentru o cooperare cit mai amplă și productivă între ele, în interesul întregii medicini.

În fond, ambele se apleacă asupra aceluiași obiect de cercetare și sînt orientate către aceeași finalitate practică, în scopul îmbunătățirii stării sanitare a membrilor societății. A ignora conținutul activității



Scanned with OKEN Scanner

uneia sau alteia dintre ele înseamnă de fapt a sărăci posibilitatea de a înțelege în mod complex și unitar problematica socială a medicinei contemporane. Ambele au rol predictiv, de diagnoză și previziune socială, contribuind atît practic cît și teoretic la soluționarea problemelor care vizează în ultimă instanță optimizarea bunăstării fizice, psihice și sociale a populației. În acest scop, atît sociologia medicinei, cît și medicina socială pot să aducă contribuții hotărîtoare cunoașterii practice a realității sociale și medicale.

## 2.6. ROLUL ȘI FUNCȚIILE SOCIOLOGIEI MEDICINEI ÎN EPOCA CONTEMPORANĂ

Sociologia medicinei constituie un domeniu de interferență a științelor biologice cu cele sociale, un domeniu în care se întîlnesc și se îmbină atît cunoștințele teoretice, cît și cele practice ale științelor medicale și ale sociologiei.

Prin intermediul științelor medicale, oamenii, folosindu-se de cunoașterea legilor obiective ale naturii, acționează asupra propriei ei naturi biologice, asigurînd speciei umane condiții de autoconservare biologică, ontogenetică și filogenetică, individuală și colectivă.

Științele medicale mijlocesc activitatea practică a oamenilor, de autoperfecționare a condițiilor lor biologice, de stabilire a unui echilibru biologic între om și natură, în direcția creșterii gradului lui de autonomie față de mediul natural. În științele medicale se acționează terapeutic și preventiv nu numai cu factorii naturali, ci și cu cei sociali.

Starea sănătății oamenilor este hotărîtor condiționată de natura raporturilor sociale și, în primul rînd, a relațiilor de producție ce se stabilesc între ei. Ca urmare, eficiența științelor medicale depinde, în mare măsură, de contribuțiile sociologiei de specialitate, ale modelelor și soluțiilor științifice propuse de aceasta. O contribuție de bază în acest sens o constituie orientarea medicului către problemele sociale complexe ale sănătății și bolii, către înțelegerea naturii sociale a activității sale. Sociologia medicinei îi oferă pe deplin această posibilitate, contribuind la înțelegerea biologicului și patologicului, în funcție de structurile sociale, făcîndu-l să înțeleagă mai bine că omul nu este numai o entitate biologică naturală, ci în primul rînd un ansamblu de relații sociale.

În același timp, sociologia medicinei mijlocește posibilitatea practică eficientă de a dirija procesul de organizare socială a sănătății populației, conferind medicului un rol important în optimizarea bunăstării sociale. În condițiile actualului progres social și tehnic, omul are posibilități sporite să dirijeze nu numai dinamica fenomenelor sociale propriu-zise, ci și dinamica structurii biologice a naturii sale.

În această privință și în măsura în care orientarea socială a medicinei capătă o importanță crescîndă în ansamblul științelor acțiunii (praxeologice), sociologia medicinei constituie un instrument din ce în ce mai indispensabil pentru terapeutica și profilaxia medicală și chiar socială. În mare măsură, sociologia medicinei oferă posibilitatea unei abordări științifice a problemelor socio-medicale, care se ridică în etapa actuală în diverse domenii ale practicii medicale (organizarea ocrotirii sănătății, prevederi sociale, în deontologie, în domeniul relațiilor medico-sanitare



Scanned with OKEN Scanner

etc.). Ea furnizează medicului de dispensar, circumscripție, policlinică, spital, cercetătorilor științifici, cadrelor didactice medicale, criterii științifice pentru dezvăluirea structurii și dinamicii proceselor socio-medicale și a relațiilor dintre procesul social, economic și spiritual, tehnic-științific și cerințele de ocrotire a sănătății populației.

Prezentînd o importanță deosebită în fundamentarea științifică a politicii sanitare, sociologia medicinei și-a cucerit un loc din ce în ce mai însemnat în cadrul științelor contemporane. Investigația sociologică efectuată în scopuri medicale poate fi însă eficientă numai dacă se înte-

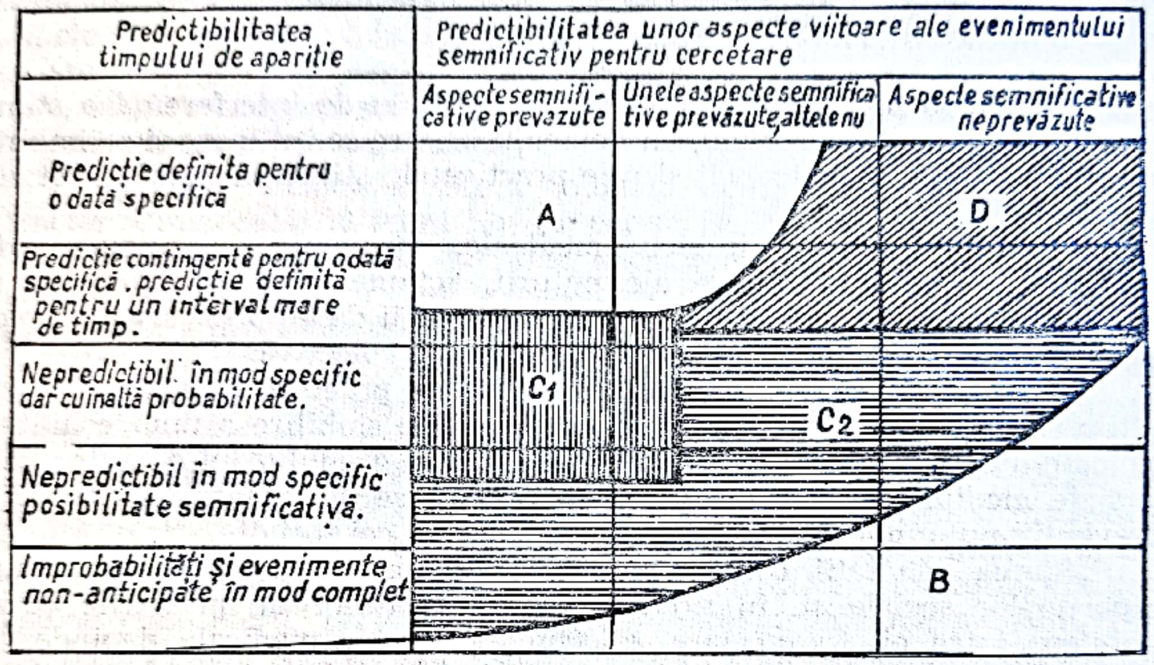



*Fig. 12* — **Predictibilitatea evenimentelor și planificarea cercetării auxiliare. Timpul de pregătire pentru cercetare :**

A — planificat în mod convențional și executat înainte și după cercetare ; B — cercetare improvizată : formulare anticipată a ipotezelor, procedeelor generale, a mecanismelor pentru consolidare ; $C_1$ — studii anticipatorii și posibilitate auxiliară pentru toată durata cercetării ; $C_2$ — cercetare planificată anticipat și posibilități de lucru ; D — cercetare elastică (multilaterală) planificînd posibilitățile auxiliare de lucru (Albert D. Bierderman).

meiază pe o metodologie științifică adaptată obiectului investigat, naturii cercetării și scopului urmărit, avîndu-se în vedere în primul rînd starea de sănătate colectivă a membrilor societății. Este firesc de aceea ca temele sociologiei medicinei să cuprindă probleme legate de sănătatea națiunii, să dezvolte analize de necesitate imediată, precum și de perspectivă, pentru elucidarea unor aspecte majore ale ocrotirii sănătății, să țină seama de procesul de adaptare a oamenilor la condițiile noi ale muncii, să dea soluții pentru încadrarea populației rurale în noile coordonate ale vieții industriale, să se preocupe îndeaproape de componența biologică și socială a patologiei umane contemporane.

Revoluția tehnică științifică și consecințele ei în structura profesională și calitatea vieții sînt de natură să genereze reacții noi ale organismului și, implicit, să modifice tabloul morbidității. Cercetările desfășurate în această direcție pot furniza concluzii importante, ținînd seama de posibilitățile pe care le oferă aici rețeaua sanitară. Dar nu orice cercetare cu caracter social în domeniul medicinei constituie o cercetare sociologică.



Scanned with OKEN Scanner

Ceea ce este necesar să caracterizeze cercetarea sociologică în medicină este raportarea fiecărui fenomen studiat la viața socială în totalitatea sa, examinarea corectă a diferitelor laturi ale fenomenului în cauză și a raporturilor acestuia cu întregul social. Pentru aceasta este nevoie de o documentare temeinică asupra a tot ce s-a elaborat mai de valoare pe plan mondial în domeniul sociologiei medicinei, de o cunoaștere largă a problemelor sociale pe care le determină sănătatea și boala, de o integrare multilaterală și interdisciplinară a cunoștințelor medicale și sociologice. Sensul unor astfel de analize este nu numai să contribuie la asigurarea unei asistențe mai bune a populației, ci ele trebuie să ducă la formarea unei conștiințe clare a medicului față de meseria sa și față de societate. Medicina nu este numai o profesie, ci și o activitate cu profund caracter social, care se integrează în sfera generală a activității materiale a oamenilor.

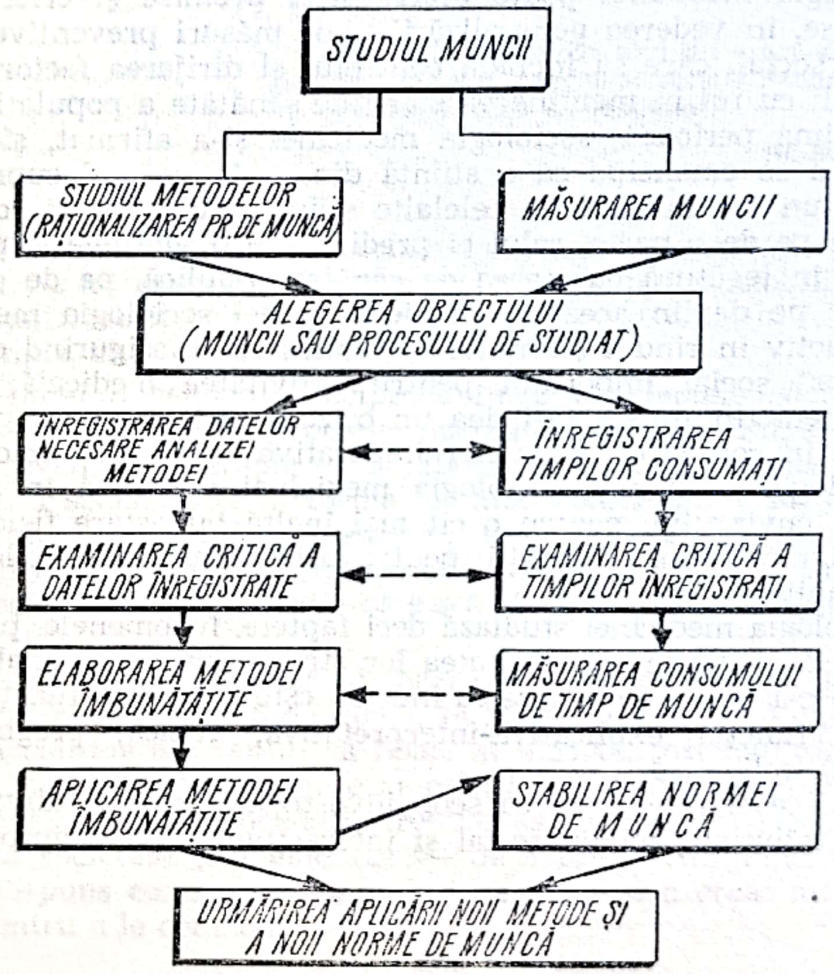



*Fig. 13* — Schema studiului muncii („Informație și conducere în sănătatea publică" — Edit. Dacia, 1971).

Sociologia medicinei poate constitui, de asemenea, un sprijin important, indispensabil în epoca contemporană, pentru fundamentarea științifică a întregii politici sanitare a statului socialist. În țara noastră, procesele complexe și multilaterale ale construcției socialismului impun ca o necesitate cunoașterea realității socio-medicale în continuă transformare.



Scanned with OKEN Scanner

Acestei necestăți îi răspund în mare măsură cercetările de sociologie a medicinei, care dau posibilitatea cunoașterii și aprecierii rolului factorilor social-medicali în structurarea dinamicii elementelor biologice și psihice ale populației din țara noastră.

În etapa actuală trebuie să se dezvolte în continuare unele analize sociologice medicale de necesitate imediată și de perspectivă pe diverse probleme pentru elucidarea unor aspecte majore ale ocrotirii sănătății. De exemplu, studierea unui județ sau teritoriu, din punct de vedere economic, cultural, medical, prin diverse metode, cu forțe complexe, poate scoate la iveală multe aspecte în legătură cu organizarea și cunoașterea stării de sănătate (ce boli predomină, cauzele, capacitatea de cuprindere a populației de către cadrele medicale, metodele de educație sanitară, eficiența lor, igiena locuințelor, a gospodăriilor, alimentația în familie, viața economică, culturală etc.).

Sociologia medicinei poate oferi astfel premise și criterii științifice riguroase, în vederea generalizării unor măsuri preventive, curative cu caracter social, care să includă controlul și dirijarea factorilor biologici și sociali cu rol în menținerea stării de sănătate a populației.

În ultima perioadă, sociologia medicinei și-a afirmat, și-și afirmă dreptul de a se emancipa ca o știință din ce în ce mai cuprinzătoare, aspirînd la un loc în rînd cu celelalte științe. Funcțiile ei cognitive și praxiologice pe de o parte, rolul ei predictiv în diagnozele și prognozele desfășurate în legătură cu starea de sănătate publică, pe de altă parte, îndreptățesc pe deplin această apreciere. Astfel sociologia medicinei se integrează activ în rîndul științelor acțiunii sociale, asigurînd conturarea unui „statut" social important pentru activitatea medicală, care să-i lărgească predictibilitatea, să-i dea un orizont mai amplu, o perspecitvă „strategică" în contextul actualelor imperative social-economice. Adevărată „sociologie militans", sociologia medicinei militează în sensul cel mai real al cuvîntului, pentru o cît mai înaltă bunăstare fizică, psihică și socială a membrilor societății, pentru asigurarea deplinei lor ocrotiri sociale și sanitare.

Sociologia medicinei studiază deci faptele, fenomenele, procesele și relațiile socio-medicale în totalitatea lor structurală, funcțională și dinamică. Din acest punct de vedere ea îndeplinește o serie de funcții : funcția expozitivă, funcția explicativă-interpretativă, critică, prognostică (și prospectivă), aplicativă.

Toate aceste funcții au ca scop investigarea relației dintre individ, familie, colectivitate, mediu social și interacțiunile lor reciproce.



Scanned with OKEN Scanner

# 3.
# REACȚII SOCIO-CULTURALE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII ȘI BOLII

„A îngriji un bolnav fără a-l examina și din punct de vedere al condițiilor sociale înseamnă a face o medicină ruptă de realitate".

TH. BURGHELE

Dezvoltarea problematicii sociale în domeniul sănătății colectivităților umane s-a afirmat, încă din cele mai vechi timpuri, mobilizînd oamenii de știință, factorii politici, întreaga societate, în direcția inițierii unor cercetări ample, cu profil socio-medical.

Ideea unei dependențe reciproce între problemele sociale și cele legate de ocrotirea sănătății, conștientizarea corelațiilor dintre sănătate — societate, prevenție — terapie se manifestă, astfel, încă înainte de apariția unor instituții specializate în forma lor modernă. Rodney M. Coe, care a studiat istoricul instituțiilor medicale, consideră că „de fapt, de cînd există medicina, medicii au înțeles că există o legătură intimă între boală și mediul social, observație care s-a făcut simțită atît în teorie, cît și în practică" (6).

Din acest punct de vedere, istoria medicinei reprezintă istoria diferitelor reacții culturale față de boală, în forme socialmente elaborate. De aceea, dacă considerăm faptul că boala și moartea prematură au constituit și constituie încă permanente amenințări pentru existența și funcționalitatea unei anumite societăți, trebuie să avem în vedere modul în care această societate și-a elaborat — de-a lungul timpului — diferite reacții de răspuns contra acestor valori negative și a creat mecanisme și instituții pentru a le controla.

## 3.1. REACȚII MAGICE ÎN PERIOADA MEDICINEI PRIMITIVE

În istoria medicinei se consideră, în general, că bazele actului medical au fost puse cu 2 500 de ani în urmă, în epoca lui Hipocrat. Dovezile arheologice indică, însă, că unele practici terapeutice, cum ar fi cauterizarea și amputarea datează încă din anul 5000 î.e.n., probabil odată cu omul de Cro-Magnon (51). În această perioadă, încercarea omului de a



Scanned with OKEN Scanner

înțelege, controla și întrerupe cursul bolii se concretizează în așa-numita „reacție *magică*".

În etiologia bolii, recunoașterea factorilor sociali apare încă din perioada practicii medicale primitive, orientată în mare măsură către asocierea stării de sănătate și de bunăstare fizică a indivizilor comunității cu condițiile lor de moralitate socială. Practicile rituale, izvorîte din credințele magice asupra bolii, ca sancțiune primită din partea zeității tribului, apăreau ca forme incipiente de recunoaștere a unor legături organice între aspectele sociale și morale și starea de sănătate a membrilor comunității. Vinovăția socială apărea, prin urmare, ca fiind o cauză primară, generatoare a bolii și stării de infirmitate, care, conform primitivilor, puteau fi parțial sau total suprimate cu ajutorul riturilor magice. Se evidențiau astfel, aspecte de solidaritate socială care mobilizau resursele morale ale comunității în direcția prevenirii și combaterii comportamentelor deviante din sînul ei. Se poate conchide că încă din perioada comunei primitive, problemele bolii sînt asociate cu manifestări ale comportamentului, boala însăși fiind integrată într-un context social. În măsura în care ea era apreciată drept un comportament deviant, ca o abatere de la starea socialmente normală, punctul de vedere social apărea ca fiind determinant.

Se poate spune că, într-un fel, trecerea de la starea de animalitate spre socializarea speciei umane a fost însoțită și de acest aspect concretizat în manifestarea solidară a comunității ca răspuns față de boala ce putea afecta pe unul sau pe altul dintre membrii săi. „Apariția vraciului tămăduitor constituie, din acest punct de vedere, încă un semn al desprinderii din animalitate ; de vreme ce un membru al colectivității își asumă misiunea lecuirii bolilor, putem presupune că îmbolnăvirea nu mai este privită drept o fatalitate inexorabilă, iar bolnavul încetează să mai fie considerat un primejdios „corp străin". Vraciul se înfățișează din capul locului ca un luptător împotriva forțelor imateriale dușmănoase omului, pricinuitoare ale chinurilor trupești și sufletești ale acestuia. În ritualurile de exorcizare, el folosește toate formele și procedeele care par să-i asigure izbînda : implorarea, lingușirea, făgăduielile îmbietoare, dar și apostrofa, amenințarea, imprecația ; la nevoie „se ia la trîntă" cu duhurile rele, pentru a le îngenunchia și a le alunga (394).

Magicianul, vraciul, șamanul etc. erau investiți, astfel, cu funcția socială de tămăduire „magică" a bolii, care genera, totodată, reacții culturale specifice.

Reacția magică consta din totalitatea practicilor și actelor rituale (vrăji, farmece, descîntece), cu ajutorul cărora se încerca îmblînzirea „duhurilor rele", responsabile de apariția bolii în comunitate. Concepută ca rezultatul unor acțiuni ale zeilor tribali, îndreptate contra membrilor comunității, boala apărea ca dezlănțuirea mîniei acestor zei, motiv pentru care trebuiau „îmblînziți", „împăcați", convinși să renunțe a mai face rău. Ofrandele, sacrificiile, ceremoniile, dansurile, practicile rituale, toate erau orientate în acest scop. Se observă deci perspectiva antropomorfică a cauzalității bolii și instrumentalismului reacției magice față de ea, care corespunde necesității de a „face ceva", de a mobiliza resursele spirituale și materiale pentru a o înlătura. Acest lucru este deosebit de bine subliniat de M. Field, care arăta că „reacția magică trebuie privită



Scanned with OKEN Scanner

mai ales prin optica elementului de nesiguranță, a dorinței omului de a-și procura rezultate favorabile într-o situație de incertitudine" (47). Acest lucru determină, în același timp, specializarea în interiorul comunității, a unui grup social distinct, însărcinat cu organizarea și conducerea ritualurilor magice. În numeroase societăți „primitive", puterile „terapeutice" erau deținute de vrăjitori, șamani, magicieni, care se bucurau de o poziție privilegiată față de ceilalți membri. Această poziție este ea însăși obiect al criteriului de anormalitate care diferențiază indivizii comunității față de grupul privilegiat. Așa cum arăta Marcel Mauss, individul care deține puterea magică are o situație socialmente definită ca anormală, semnalată chiar de caracteristicile lui fizice sau de puterile care i se atribuie : el poate fi infirm, înapoiat mintal, epileptic, ș.a.m.d., dar posedă puteri speciale, poate fi în relații cu sufletele morților și poate chiar să se metamorfozeze. În afară de aceasta, deține capacitatea redutabilă de a defini chiar normalul și patologicul. Așa cum sublinia G. Brătescu „În concepția mitic-magică, cultivată de vrăjitori și de preoți, boala se înfățișează ca efectul unei intervenții exterioare de esență supranaturală. În lumina acestei concepții, gravitatea unei îmbolnăviri ține doar de agresivitatea agentului malefic imaterial, care invadează un anume organism. Reacția proprie a acestui organism prezintă prea puțină importanță, iar lecuitorul nu obișnuiește să o ia în considerație ; principalul pentru lecuitori este să acționeze direct asupra cauzei oculte a bolii. De fapt, suferindul îi apare vrăjitorului sau medicului sacerdot ca o simplă gazdă, ca un recipient al principiului patogen. Boala însăși este o stare bine precizată și delimitată, expresie a activității distructive a unei entități transcendente, capabilă să compromită echilibrul fizic sau psihic al individului. De aceea, pentru adepții concepțiilor mitic-magice nu există posibilitatea unei tranziții gradate de la normal la patologic : contaminarea cu principiul morbigen declanșează neapărat îmbolnăvirea, după cum absența acestui principiu echivalează cu starea de sănătate" (394). Îndeplinind o funcție socială aparte, temută, dar în același timp respectată, poziția magicianului reprezintă oricum, o formă de trecere către stratificarea socială, către organizarea societății în grupe sociale distincte.

Tratamentul bolii este totdeauna încredințat unor persoane incluse în grupe sociale distincte. M. Field dă unele exemple, care arată importanța grupului profesional pentru orice gen de practică medicală. De pildă, la băștinașii Udembru (populație din Zambia) nu poate fi medic decît cel care a căzut el însuși victimă bolii. În Republica Ciad există credința larg răspîndită că devine medic numai cel care se află sub puterea unui „geniu al răului", denumit Margai și care este desemnat de acesta ca titularul funcției sociale pentru o anumită boală. La Pueblos, în Noul Mexic, tratamentul unei boli grave implică pentru bolnav obligația de a fi afiliat grupului vindecător care-l inițiază și-l „adoptă" în rîndurile lui. Toate aceste exemple indică rolul complex pe care-l joacă medicina în orice tip de societate și importanța pe care o acordă comunitatea socială controlului și instituționalizării tratamentului bolii, control exercitat prin intermediul unor grupe profesionale distincte. Totuși, grupul social este cel care definește boala și participă la îngrijirea ei în cursul diferitelor ritualuri și ceremonii de însănătoșire.



Scanned with OKEN Scanner

## 3.2. REACȚII TERAPEUTICE „CONFESIONALE"

Medicina antică, ale cărei direcții pot fi cel mai bine urmărite într-o serie de scrieri grecești clasice, acordă și ea un rol important factorilor sociali care intervin în generarea stării de boală. De exemplu, în tratatul lui Hipocrat, apare clară tendința de a sublinia importanța mediului social al bolilor. Considerînd *rolul medicului* ca avînd ceva mai mult decît o simplă funcție terapeutică, Hipocrat avea în vedere și importanța rolului acestuia *de a fi cercetător al condițiilor sociale, generatoare de boală.* „Aceste lucruri trebuie considerate mai atent... modul în care trăiesc locuitorii, dacă sînt leneviți sau sînt dornici de exercițiu și de muncă și nu se dedau la excese de mîncare și băutură" (6). Apreciind că *nu există boli, ci numai bolnavi,* Hipocrat punea în dependență rolul medicului de personalitatea bolnavului, considerat astfel nu numai ca un simplu organism. Accentuînd necesitatea de a prelua această moștenire umanistă a părintelui medicinei, în excelentul său comentariu asupra „Aforismelor", C. Bart scrie următoarele : „Cel care urmărește istoria medicinei și ține să arate ce a însemnat medicina lui Hipocrat — cel din Aforisme — așezînd medicina pe observație clinică, pe controlarea ei prin raționament, totul vizînd omul sănătos sau bolnav, pe de altă parte îi vede pe medicii de azi, care copleșiți de cunoștințele, tehnicile și aparatele moderne, l-au uitat de mult pe Hipocrat, au uitat uneori și bolnavul, devenit fișă medicală sau „caz" (7).

În această perioadă se pot identifica elemente incipiente ale orientării sociale a medicinei, concretizate în așa-numita reacție terapeutică „confesională" față de boală.

Acest tip de reacție sau răspuns social față de boală vine dinspre nevoia bolnavului și a celor din jurul său de „a primi, în raport cu anxietatea provocată de boală, de diferitele traumatisme și prezența mereu posibilă a morții, o anumită siguranță, dragoste, atitudine afectuoasă și încurajatoare psihică" (46). Ocupîndu-se de caracterele ei esențiale, M. Field o consideră ca o reacție „intensiv și profund" umană, care se manifestă în atitudinea „confesională", în încrederea reciprocă stabilită în cursul evoluției bolii între individul bolnav și ceilalți membri ai comunității. Mobilul manifestării ei este de fapt suportul psihologic al „iubirii", pe care vestitul medic Paracelsus o descria ca fiind una dintre cele patru fundamente ale medicinei. Această reacție față de boală se circumscrie în rolul de „încredere", de „siguranță", de „echilibru" cu care este investit actul terapeutic : bolnavul și cei din jurul său trebuie să aibă încredere în cel care îl îngrijește, trebuie să fie convins că acesta lucrează în interesul său și nu în interesul lui propriu, că nu caută să-i exploateze slăbiciunea. Elementul deontologic se concretizează cel mai bine în formulările vestitului jurămînt hipocratic, ale cărui percepte prohibitive invocă necesitatea identificării discipolului cu maestrul său, în scopul asigurării unui control cît mai riguros asupra modului de exercitare a actului medical : „Jur pe medicul Apollo, pe Asclepios... Că voi considera pe maestrul meu în această artă ca egal cu proprii mei părinți... Voi folosi tratamentul pentru a ajuta bolnavii, potrivit priceperii și judecății mele, dar niciodată pentru a vătăma sau a face rău... În orice casă voi intra, voi veni să ajut pe bolnavi și mă voi abține să le fac vreun rău intenționat".



Scanned with OKEN Scanner

Aceste formulări reprezintă un element consistent al eticii medicale, care a motivat profesia de medic din vechime și pînă în prezent. Conținutul lor ne oferă informații asupra modului de organizare a profesiei medicale în antichitate, indicînd caracterul ei „familial", „paternalist", în măsura în care „maestrul" devenea „părintele" discipolilor săi, controlîndu-le strict intrarea în profesie, formulîndu-le și impunîndu-le modelele de practică și de etică medicală și avînd dreptul să retragă calitatea de medic celor care violau jurămîntul. Organizată în trei categorii profesionale distincte : practicienii particulari, medicii publici și asistenții medici (recrutați chiar din rîndurile sclavilor), medicina antichității grecești era astfel concepută, încît să asigure și tratamentul celui bogat și „ajutorarea" celui sărac. Totuși, caracterul discriminatoriu al îngrijirilor medicale se manifestă în însăși calitatea asigurării lor pentru diferitele categorii sociale.

Dovezi despre modul de exercitare a practicii medicale pentru săraci, ne oferă Platon, în „Republica" : „Cînd este bolnav un tîmplar, el cere de la medic un tratament drastic și rapid, un purgativ, o cauterizare sau cuțitul. Acestea sînt leacurile lui și dacă cineva îi prescrie o cură dietetică și-i spune că trebuie să asude și să-și oblojească capul cu tot felul de lucruri, el îi răspunde pe loc că nu are timp să fie bolnav și că nu admite un trai petrecut pentru a-și îngriji boala neglijînd meseria sa obișnuită" (53).

Medicina greacă este destul de asemănătoare, în multe privințe cu cea modernă. Această asemănare constă mai ales în caracterul ei larg, rațional, empiric și experimental. Rădăcinile empirismului în medicină le găsim deci în medicina Greciei antice. Empirismul era reprezentat de școala de la Knosos, care l-a dat pe „părintele medicinei, Hipocrat", în timp ce raționalismul era reprezentat prin școala de la Knidos.

Emipiricii considerau medicina drept artă și meșteșug, care se mulțumește cu date anatomice elementare și cu observații la patul bolnavului. Raționaliștii spuneau că principalul stă în ipotezele medicale, în diferitele deducții tematice și subapreciau experiența și observațiile.

Considerînd medicina ca o artă meșteșugărească, empiricii o opuneau tuturor celorlalte ramuri ale științei naturii. Fiind o artă, spuneau ei, medicina se folosește de cunoașterea științifică a naturii ca de un mijloc auxiliar. Empiricii susțineau că gîndirea filozofică nu poate fi folosită în medicină, pentru că atît medicina, cît și formele ei de gîndire s-au constituit în condiții speciale, la patul bolnavului și nu în laborator. Empirismul se transformă adesea în intuitism și de cele mai multe ori în idealism. Sauerbruch, de exemplu, considera că gîndirea medicului trebuie să evite principiul cauzalității și să se bazeze pe intuiție ; ea trebuie să fie teleologică. Prin urmare, această controversă cu privire la medicină nu poate fi soluționată pe baza metafizicii.

În această perioadă, profesiunea medicală nu este pe deplin statuată și organizată : „medicul este un fel de artizan format în contact cu un maestru și care urmează să-și ofere serviciile sale publicului pe care îl va tenta și îl va atrage prin extravaganța costumației, prin felul de comportare, ca și prin promisiunea că-i va descoperi și vindeca boala" (46).

Din punctul de vedere al înțelegerii bolii, reacția terapeutică „confesională", de încredere reciprocă între medic și bolnav corespunde noțiu-



Scanned with OKEN Scanner

nii de „rupere a echilibrului“ care caracterizează individul sănătos. Încă din antichitatea greacă, sănătatea era definită ca o condiție de „echilibru“, iar boala ca „dislocarea“ acestuia. Ideea de „echilibru“ domină medicina hipocratică din secolelele al V-lea și al IV-lea î.e.n. și ea continuă să persiste în prezent în variate forme, mai mult sau mai puțin autentice din punct de vedere științific.

Acest punct de vedere este evidențiat inițial de concepția cosmologică a „vedelor“ din India veche, care considera sănătatea ca un rezultat al echilibrului stabilit între forțele reci și calde, boala fiind consecința distrugerii lui. Argumentînd că omul s-a dezvoltat ca urmare a evoluției lichidului seminal, medicina hipocratică considera ca factori determinanți ai „echilibrului“ cele patru umori : sîngele, flegma (pituita), bila galbenă și bila neagră. Cît timp aceste umori se află în echilibru, corpul este în întregime sănătos. Cînd vreuna dintre ele este deficientă sau dimpotrivă excesivă, individul se îmbolnăvește. Tratamentul recomandat în acest caz era bazat, în esență, pe necesitatea restabilirii forțelor „naturale“, mai mult prin diete și mai puțin prin utilizarea unor droguri sau poțiuni.

Deși absurdă, teoria celor patru umori oferea medicului o orientare generală, o schemă conceptuală cu ajutorul căreia să poată aborda boala și să explice cauzalitatea ei.

Subliniind suportul metodologic fundamental pe care-l oferea această concepție medicului practician, un istoric al medicinei, H. E. Sigerist nota : „Medicina trebuie să fie ghidată de o teorie, pentru că altfel doctrina medicală nu poate fi continuată de la profesor la elev. În aceeași măsură teoria și practica sînt utile, teoria derivă din practică și, la rîndul ei, ghidează practica și știința medicală pentru a fi eficiente. Fiecare teorie este filozofică prin natura ei. Ea operează cu raționamente, concepte, valabile într-o anumită epocă, modelate în funcție de cultura vremii corespunzătoare... Dorim permanent să rezolvăm problema sănătății și bolii, în mod conceptual și speculativ, în afara faptelor de observație“ (51).

Teoria „echilibrului“ reține și în prezent atenția, mai ales prin noțiunea de „homeostazie“ internă a organismului, dezvoltată de fiziologi pentru interpretarea relației complexe care se stabilește în cursul bolii, între mecanismele biologice și fiziologice, între metabolism — de exemplu— și suportul endocrin.

Premisele științifice ale acestei relații au fost deja intuite de Aristotel, care acorda deopotrivă medicului și naturalistului rolul de a se ocupa de mecanismele sănătății și bolii. În celebra „Parva naturalia“, stagiritul nota următoarele : „Este de domeniul naturalistului să cunoască totodată condițiile generale ale sănătății și bolii, căci nu se poate vorbi de sănătate și boală decît la viețuitoare. De aceea, cei mai mulți dintre naturaliști ajung în cele din urmă la medicină, iar acei medici care-și exercită arta în chip mai filozofic încep studiul medicinei plecînd de la științele naturale“ (54). Vestitul adagiu „Ubi desinit physicus, ibi incipit medicus“ (unde încetează naturalistul, de acolo începe medicul) are în vedere tocmai sublinierea acestei relații.

Pornind de la teoria hipocratică a distribuției echilibrate a umorilor și bazîndu-se pe tipologia făcută de Aristotel sufletului omenesc (sufletul



Scanned with OKEN Scanner

*vegetativ*, care oferă posibilitatea omului de a se hrăni, sufletul *animalic*, care, ca și tuturor animalelor, dă putința omului de a trăi și sufletul *rațional*, care dă omului puterea de cunoaștere prin rațiune), medicii din perioada alexandrină (anul 300 î.e.n.) au afirmat că boala este dată de dezechilibrul distribuției sufletelor în corp. Se trecea astfel de la argumentarea de natură materialistă a lui Hipocrat („o boală nu este nici mai sacră și nici mai omenească decît alta, ci toate sînt la fel", adică au o pricină „materială") la dualismul aristotelic. („Că simțirea se ivește în suflet prin intermediul corpului este limpede și pe calea raționamentului și independent de el".) Consecință a ideilor aristotelice despre suflet, flebotomia, ca practică medicală exercitată pînă în secolul al XIX-lea, avea în vedere „eliminarea" excesului de sînge din sufletul „vegetativ", exces care „putea provoca reducerea" sensibilității (sufletul animal) și a rațiunii (sufletul rațional).

În perioada romană, împărțirea medicilor în cele cinci categorii : *dogmaticii* (care se bazau pe teoria hipocratică a umorilor), *pneumaticii* (care acceptau practicile de „sîngerare" ale lui Erasistrat), *empiricii* (care utilizau orice remediu care li se părea eficient), *metodicii* (care urmau pe Asclepios și prescriau medicamente cu acțiune rapidă asupra porilor corpului) și *eclecticii* (care conciliau într-un singur principiu pe celelalte), a contribuit la organizarea unei practici medicale, bazată în cea mai mare măsură pe regulile igienii și sănătății publice. În această direcție, guvernul imperial acorda un rol deosebit activității de prevenție sanitară, tradusă concret prin construcția unor apeducte, fîntîni și latrine publice, prin controlul exercitat asupra tavernelor și băilor populare, ca și prin lupta contra bolilor epidemice, ale căror efecte contagioase au fost atît de bine descrise de autori celebri ca : Lucrețiu, Herodot, Tucidide și Virgiliu. Deși romanii au adus contribuții medicale originale, prin Galenus, medicina greco-romană atinge punctul cel mai înaintat de dezvoltare, mai ales din punctul de vedere al orientării către prevenție și profilaxie. Ca o consecință, Asclepiade și Galenus, medici vestiți ai perioadei romane, acordau regimului dietetic și culturii fizice o superioritate netă în raport cu terapeutica propriu-zisă.

Putem considera, în concluzie, că medicina greco-romană, în măsura în care a elaborat reacții terapeutice „confesionale" potrivite și a asimilat orientarea preventivă contra bolilor, reprezintă un punct nodal în istoria medicinei, o concepție de mare sinteză, căreia i se aplică deosebit de bine formula generică a lui O. W. Holmes, care în „Medical Essays" (1885), referindu-se la nașterea medicinei moderne, scria : „Medicina... a învățat de la un monarh cum să folosească antimoniul, de la un iezuit cum să vindece malaria, de la un călugăr cum să elimine calculii, de la un soldat cum să trateze guta, de la un marinar cum să evite scorbutul, de la un șef de post cum să tămăduiască trompa lui Eustatius, de la o lăptăreasă cum să prevină variola, de la o precupeață bătrînă cum să gonească parazitul rîiei. Ea a împrumutat acupunctura și cauterizarea de la japonezi și a aflat cum să folosească lobelina de la sălbaticii din America" (6).



Scanned with OKEN Scanner

## 3.3. REACȚII RELIGIOASE FAȚĂ DE BOALĂ

De-a lungul etapelor următoare de dezvoltare ale medicinei, în cursul orientării către prevenție, atenția acordată mediului social se dovedește a fi la fel de constantă, atît în timpul evului mediu, cît și în renaștere.

Spre deosebire de reacția magică sau „confesională", reacția religioasă este caracterizată de sensul ei pasiv, non-instrumental, orientat către resemnare și pasivitate în fața „morții". Ea se exteriorizează în formula verbală „Domnul a dat, Domnul a luat, fie numele Domnului binecuvîntat", generalizată mai tîrziu odată cu apariția și dezvoltarea creștinismului, care a impus „ideea milei față de aproape, a frăției universale și a suferinței ca mijloc de mîntuire".

Reacția religioasă a rezultat din nevoia permanentă a omului de a pătrunde înțelesul bolii, suferinței, răului și morții, caracterul transcendental al cauzalității lor. Ea caută „să împace omul cu existența unor fenomene care rămîn pentru el neînțelese și tainice, dar pe care trebuie să le accepte, ca fiind opera unei providențe ale cărei scopuri nu le poate pătrunde" (46).

„Dumnezeu" are motivele sale, pe care muritorii de rînd nu le pot pricepe. „Crede și nu cerceta !" Contra acestui principiu al resemnării se vor ridica mai tîrziu numeroși filozofi, care vor critica dogmele morale ale credinței creștine.

Însuși modul în care este pusă problema „îngrijirii" sufletului în „Scriptură" denotă caracterul pasiv „budist" al reacției religioase față de boală. În „Psaltirea proorocului și împăratului David" se citează la un moment dat : „toată scriptura este insuflată de Dumnezeu și folositoare. Ea a fost scrisă de Sf. Duh pentru ca să găsim în ea, întocmai ca într-un spital sufletesc, la care pot să vină toți, doctoria potrivită cu boala fiecăruia. Căci este scris că doctoria este aceea care va face să înceteze suferințele cele mari. Cartea psalmilor îngrijește de cel bolnav și păstrează întreg pe cel sănătos". Această idee este caracteristică pentru semnificația hieratică a relației terapeutice în această perioadă, pentru substituirea remediilor laice cu ritualuri de purificare.

În evul mediu, reacția religioasă capătă un adevărat caracter instituțional, canonizat în dogmele scolastice. Nominalismul și realismul medieval provoacă o adevărată dispută în domeniul înțelegerii conținutului bolii ; cum spune Rodney M. Coe, se produce un adevărat „conflict între abordarea filozofică a cunoștințelor în care «adevărul» putea fi dedus din premisele acceptate (adică religioase), fără nici o referință la lumea reală și abordarea empirică, în care adevărul putea fi extras numai din dovezi bazate pe o observație atentă a faptelor" (6). Conform preceptelor religioase bolile și infirmitățile erau atribuite păcatelor săvîrșite de oameni față de ei înșiși și față de „Dumnezeu". Boala era, într-adevăr, un „dat" natural, dar ea trebuia interpretată oricum în termeni supranaturali. Evul mediu constituie astfel o perioadă neagră de obscurantism, în care tot ce cîștigase mai bun medicina de la greci și romani avea să se piardă. Cum scrie un autor, evul mediu avea să fie scos în afara civilizației și condamnat să nu fie decît „o noapte de o mie de ani" (52).



Scanned with OKEN Scanner

Prohibirea disecției și a experimentului anatomic, interzicea cercetărilor, experienței și observației clinice, ignorarea măsurilor sanitare, aveau să fie tot atîtea elemente responsabile pentru declanșarea celor mai catastrofale epidemii din istoria omenirii. Numai la musulmani medicina a continuat să progreseze, sub influența prescripțiilor igienice ale Coranului.

Totuși, nu se poate nega că medicii n-au putut deveni un grup social distinct, decît în perioada evului mediu. Dacă atît puterea bisericească, cît și cea regală erau considerate ca avînd efecte „tămăduitoare", medicina devenea unica știință permisă clerului. În anul 1215 medicina este introdusă oficial în cadrul teologiei. Pentru că clerul n-avea voie să „verse" sîngele bolnavilor, chirurgia era interzisă medicilor și lăsată pe seama „bărbierilor-chirurgi" ca grup profesional inferior. În urma acestora veneau „spițerii", care practicau așa-numita medicină „populară".

Subliniind tendința de profesionalizare a corpului medical în perioada evului mediu, M. Coe și M. Field amintesc trei factori care au influențat dezvoltarea practicii medicale și a sistemului său de organizare : instituționalizarea învățămîntului medical (în marile universități Montpellier în Franța, Salerno și Padua în Italia, Oxford în Anglia etc.), crearea unei baze juridice, legale, pentru practicarea profesiei medicale (inițierea unor examene cu acordarea de diplome) și înființarea unui sistem de spitale, aziluri, lazarete, ca și instituții de izolare și carantină (de exemplu, celebrele spitale din Londra : Sf. Bartholomeu și Sf. Thomas). În Toscana ia naștere primul cod sanitar, care reglementa normele privitoare la curățenia și iluminatul străzilor, controlul abatoarelor, protecția apei, a alimentelor și a aerului contra diferitelor surse de poluare. Tot în această perioadă se acordă atenție sporită anamnezei și contagiunii bolii, ca și efectelor sociale ale acesteia (depresiuni economice, dezorganizare socială etc.), mai ales ca urmare a ciumei bubonice, care între 1340—1360 decimase o treime din populația Europei.

Conchizînd asupra situației medicinei la sfîrșitul evului mediu, M. Field sublinia următoarele : „În măsura în care corpul medical a achiziționat o anumită concepție teoretică — baza competenței sale profesionale — și o autoritate recunoscută pentru tratamentul bolii, a elaborat un control etic al profesiunii, vizînd protecția medicului și distingerea acestuia de șarlatan și și-a constituit un ansamblu de valori distincte, în această măsură medicina a devenit o veritabilă profesiune" (46).

Putem considera deci actul de naștere al medicinei, ca determinat în mod istoric de evoluția reacțiilor față de boală, de la un răspuns magic la altul religios, care odată instituționalizat, creează premisele sociale ale practicii medicale, profesionalizate.

De-a lungul timpului, informația achiziționată în mod empiric în legătură cu condițiile și cauzele sănătății și bolii a contribuit nemijlocit la constituirea științei medicale. Magia și religia au fost, însă, principalele elemente care au influențat atît definiția, cît și reacțiile sociale, inițiale față de boală. Reprezentarea medicului ca „bun samaritean", ca „magician" al forțelor ce îngrijesc de sănătate, continuă să mai dăinuie încă și în prezent.



Scanned with OKEN Scanner

În pofida caracterului său pasiv, noninstrumental medicina evului mediu capătă un caracter din ce în ce mai pronunţat de prevenţie. Vorbind despre această perioadă, Rodney M.Coe (6) consideră că „ori de cîte ori medicina a reuşit să depăşească tradiţionalismul orb, ea păstra o preocupare de etiologie specială, martoră la înfiinţarea carantinelor". Epidemiile — prin procentul mare de mortalitate pe care l-au generat — au impus cristalizarea punctului de vedere potrivit căruia aglomeraţiile, condiţiile insalubre, starea de mizerie sînt determinante dintre cele mai favorabile răspîndirii bolilor contagioase. Teoria contagiunii colective apare astfel ca avînd o origine anterioară igienei sociale propriu-zise.

## 3.4. REACŢIA TEHNOLOGICĂ SAU „ŞTIINŢIFICĂ" PROPRIU-ZISĂ

Medicina modernă, apărută sub semnul disputei între cei care apreciau actul medical fie ca ştiinţă, fie ca artă, contribuie şi ea în mod hotărîtor la cristalizarea punctului de vedere social în considerarea fenomenelor de boală şi de sănătate.

În epoca modernă, tentativele de descoperire a agenţilor patogeni ai bolilor orientează pe cercetătorii din domeniul medical, în primul rînd către localizarea agenţilor interni de contagiune din corpul uman. După ce teoria germenilor dobîndeşte între 1830 şi 1850 o rapidă recunoaştere în rîndul medicilor, corelînd diferiţi agenţi patogeni cu specificul anumitor boli, rezultatele spectaculoase obţinute de bacteriologie contribuie în mod hotărîtor la organizarea sistematică a unor cercetări. În acest timp medicina manifestă tendinţe puternice de a rupe cu trecutul, dar îşi pune speranţele în laborator, tradiţie pe care Merton o apreciază ca „marea tradiţie a medicinei moderne" (8). Ca urmare, au fost instalate laboratoare bacteriologice în cea mai mare parte a centrelor universitare din ţările europene. Perfecţionarea instrumentelor de observaţie medicală, progresul tehnologiei vor contribui şi ele la generalizarea actului medical, devenit act social în înţelesul său cel mai deplin. După apariţia şi stabilizarea orientării clinic-patologice, conform căreia se pot grupa în entităţi sintetice un ansamblu întreg de tulburări considerate pînă atunci ca distincte, în funcţie de simptomele lor, şi odată cu creşterea importanţei diagnosticului, în ştiinţa medicală se înregistrează noi progrese. Inventarea stetoscopului (T. H. Laënnec), generalizarea metodologiei palpării pulsului (P. Louis şi Vierordt), utilizarea terapiei parenterale, folosirea din ce în ce mai frecventă a observaţiilor statistice în cercetarea cauzelor bolii contribuiseră deja, hotărîtor, la pătrunderea unor noi metode în medicină. Pe de altă parte, elaborarea unei metodologii medicale consacrate arată — mai ales în lucrările lui Cl. Bernard şi R. Virchow — importanţa egală acordată celor două elemente : experienţa şi observaţia critică, contribuind la generalizarea unui anumit model cultural al actului medical. Însă, în pofida progreselor înregistrate de tehnica medicală, fenomenele disfuncţionale generate de industrialismul modern, cu consecinţele sale, vor accentua în asemenea măsură caracterul social al bolilor, încît vor impune noi



Scanned with OKEN Scanner

schimbări în abordarea procesului medical. Ca urmare, medicina modernă acordă un interes din ce în ce mai larg noțiunilor colective de boală și sănătate, impunînd adoptarea unui punct de vedere social asupra acestora. Se remarcă deci un interes mult mai larg către promovarea concepției sociale în medicină și în studierea bolilor, acestor preocupări venindu-le în întîmpinare îndeosebi igiena socială și medicina socială.

În această etapă de dezvoltare a medicinei către prevenție, tipul de reacție socială caracteristică față de boală este constituit de așanumita reacție tehnologică sau științifică.

Acest tip de reacție față de boală este specific întregii orientări a medicinei moderne și pe el se bazează, de fapt, totalitatea funcțiilor sociale ale medicinei în epoca contemporană. El reprezintă „aplicarea cunoștințelor fondate în mod empiric și științific, a tehnicilor și tehnologiei medicale într-un mod rațional, pentru îmbunătățirea sau eliminarea stărilor patologice" (46).

Este o reacție eminamente activă, o reacție de intervenție științifică, bazată pe adoptarea achizițiilor științei și tehnicii în domeniul medical. Întreaga medicină modernă se caracterizează prin convergența științei cu tehnica, ca și prin acordarea profesiei de medic a unui statut social ridicat.

Datorită acestui fapt, în decursul ultimului secol, medicina devine o știință în adevăratul sens al cuvîntului, dincolo de înțelegerea ei ca „artă" (Littré).

Pînă la mijlocul secolului al XIX-lea, ea recunoștea, cel puțin în mod implicit, importanța factorilor sociali în declanșarea bolilor, fapt întărit de progresele medicinei preventive.

Dar, tocmai în această perioadă, care marchează, totodată, nașterea sociologiei ca știință, medicina capătă în mod paradoxal, o nouă orientare. Respectînd tradiția pozitivistă a epocii, ea abandonează aproape complet punctul de vedere social și se ancorează exclusiv în domeniul realității biologice, punîndu-și din ce în ce mai mult speranțele în laborator. O contribuție importantă în acest sens, a avut-o dezvoltarea teoriei asupra originii microbiene a bolilor, teorie care accentuează și mai mult conceperea medicinei ca știință eminamente biologică.

Desigur, medicina s-a diferențiat de cunoașterea de sine stătătoare înaintea altor științe ale naturii (biologie, fizică, chimie etc.). Adesea, biologia, fizica, chimia sînt pentru medicină nu numai furnizoare de fapte, de tehnică etc., ci și de diferite ipoteze, idei, teorii.

Dezvoltîndu-se pe temelia biologiei și fizico-chimiei, medicina nu se poate sustrage influenței ideologiei, a construcției teoretice din aceste domenii. De pildă, diferite teorii vitaliste, reformiste ș.a. au luat naștere în biologie, apoi au trecut în medicină, îmbrăcînd un colorit specific. În același fel, diferite teorii mecaniciste, după ce au apărut în științele naturii anorganice, au fost extinse ulterior în medicină.

În științele biologice și medicale se încrucișează probleme care au legături directe cu ideologia. Așa cum sublinia V. I. Lenin : „teoriile idealiste se pot dezvolta pe arborele sănătos al cunoașterii omenești".



Scanned with OKEN Scanner

În ultimă instanță, numeroase asemenea teorii se desprind din fapte reale luate din viață, dar extrem de mistificate și complet denaturate.

Trecînd prin perioada renașterii, care a stimulat reluarea metodei științifice de observare și descriere a faptelor clinice, acumulînd noi

*Tabelul II*

**Selecția principalelor inovații în știința medicală în perioada secolelor XVII — XX**

| Data | Inovator | Realizarea |
|---|---|---|
| 1628 | William Harvey | Descrierea circulației sîngelui |
| 1670 | Peter Chamberlen | Invenția forcepsului obstetrical |
| 1673 | Anton Leeuwenhoek | Invenția microscopului |
| 1694 | William Cowper | Descrierea sistemului muscular |
| 1738 | William Smellie | Modificarea forcepsului obstetrical |
| 1761 | Giovanni Morgagni | Descrierea pneumoniei, cancerului celulelor biliare, meningitei |
| 1769 | Percival Pott | Descrierea fracturilor |
| 1776 | Matthew Jenner | Descrierea diabetului zaharat |
| 1797 | Edward Jenner | Descoperirea vaccinului antivariolic |
| 1809 | Ephraim McDowell | Efectuarea primei ovariectomii |
| 1816 | René Laënnec | Invenția stetoscopului |
| 1842 | Crawford Long | Prima operație chirurgicală sub anestezie cu eter — S.U.A. |
| 1846 | Robert Liston | Prima operație chirurgicală sub anestezie cu eter — Anglia |
| 1846 | William Morton | Perfecționarea anesteziei cu eter |
| 1849 | Claude Bernard | Descoperirea glicogenului |
| 1851 | Herman Helmholtz | Invenția oftalmoscopului |
| 1855 | Manuel Garcia | Invenția laringoscopului |
| 1858 | Rudolf Virchow | Descrierea patologiei celulare |
| 1859 | Albrecht V. Graefe | Stabilirea oftalmologiei moderne |
| 1866 | Gregor Mendel | Descoperirea transmisiei genetice a mutațiilor |
| 1866 | Joseph Lister | Prima folosire a antisepsiei în chirurgie |
| 1869 | Gustav Simon | Prima excizie a rinichiului |
| 1872 | Jean Charcot | Descrierea sistemului nervos |
| 1872 | Eduard Pflüger | Descrierea metabolismului |
| 1876 | Robert Koch | Descoperirea bacilului antraxului |
| 1877 | Robert Koch | Primele microfotografii |
| 1878 | Louis Pasteur | Observații asupra stafilococului și streptococului |
| 1882 | Robert Koch | Descoperirea bacilului tuberculozei |
| 1883 | Robert Koch | Descoperirea bacilului holerei |
| 1892 | William Welch | Descoperirea stafilococului |
| 1895 | Wilhelm Röntgen | Descoperirea razelor X |
| 1895 | Ronald Ross | Descoperirea cauzei malariei |
| 1900 | Walter Reed | Descoperirea cauzei frigurilor galbene |
| 1901 | Emil Behring | Descoperirea antitoxinelor difteriei și tetanosului |
| 1908 | William Osler | Revoluționarea sistemului învățămîntului medical |
| 1910 | Paul Ehrlich | Descoperirea vindecării sifilisului |
| 1922 | Frederick Banting* | Descoperirea insulinei |
| 1923 | Willem Einthoven | Invenția electrocardiografului |
| 1928 | Alexander Fleming | Descoperirea penicilinei |
| 1946 | Paul Mueller | Descoperirea efectelor DDT |
| 1949 | Antonio Moriz | Prima lobotomie prefrontală |
| 1954 | Jonas Salk | Descoperirea vaccinului antipoliomielitic |

*Sursă*: RODNEY M. COE: „Sociology of Medicine", New York, 1970 p. 178 — 179.

* Lucrările savantului român N. Paulescu au precedat, de fapt, descoperirea lui Banting.

cuceriri și tehnici în perioadele următoare (descoperirea microscopului, a termometrului clinic, a forcepsului etc.) și combătînd procedeele pseudoștiințifice ale practicii medicale occidentale („frenologia" lui Gall, „mag-



Scanned with OKEN Scanner

netismul" lui Mesmer etc.), medicina modernă reprezintă faza cea mai revoluționară din întreaga istorie a actului medical. Este o epocă de progres remarcabil, de „salt" realizat prin acumulări succesive, care pune definitiv bazele instituționalizării sociale a medicinei. Tabelul alăturat, conceput pe baza schemei lui Rodney M.Coe, indică numai cîteva dintre realizările, descoperirile științifice ale epocii, care au stimulat dezvoltarea și accelerarea inovațiilor din domeniul medical, pînă aproape în zilele noastre.

Avîntul sau stagnarea unei științe sînt determinate în diferite perioade istorice și într-o anumită măsură de metoda corespunzătoare de cunoaștere științifică, de metodologia științifică. Una din premisele crizei care a cuprins științele naturii, inclusiv medicina, în perioada imediat următoare a fost „contradicția" apărută între noile date și faptele empirice pe de-o parte, și metoda veche de cunoaștere metafizică, mecanicistă pe de altă parte. Noile fapte nu încăpeau în „patul lui Procust" al categoriilor și legilor de gîndire metafizică și mecanicistă de mult depășite. Noile fapte, acumulate de științele naturii și de medicină la sfîrșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea vor intra în flagrantă contradicție cu concepția mecanicistă despre lume din secolele al XVII-lea și al XVIII-lea. Pentru interpretarea corectă a acestor fapte era nevoie de o nouă concepție despre lume și de o metodologie științifică superioară.

Materialismul dialectic a oferit singura cale corectă de cunoaștere științifică și a prevenit eventualele erori ideologice și interpretarea greșită a faptelor. Ca urmare, calea spre atingerea adevărului se scurtează. Savantul englez John Bernal s-a exprimat foarte plastic, arătînd că: „...materialismul dialectic se referă mai curînd la strategia cercetării științifice, decît la tactica acesteia. Și într-adevăr, cercetarea științifică nu este o mașină de calcul, care prin apăsare pe buton poate să dea un rezultat gata calculat. Medicina și medicul se găsesc permanent în legătură cu legile dialecticii, care se manifestă în activitatea organismului sănătos și bolnav". Veridicitatea oricărei științe depinde în măsură hotărîtoare de metoda de cunoaștere științifică pe care o aplică, metodă pe care medicina a adoptat-o treptat în cursul secolelor al XIX-lea și al XX-lea.

*

Toate cele patru tipuri istorice de reacție față de boală ne conduc astfel în domeniul înțelegerii modului de evoluție a medicinei, a profesiei medicale, precum și a interpretării felului în care diferite culturi, în diverse epoci, au valorizat și instituționalizat în mod specific unul dintre ele. Echilibrul dintre aceste reacții, în special dintre ulimele două (cea „confesională" și cea „științifică") este considerată de M. Field ca alcătuind miezul responsabilităților medicale contemporane.

Care este însă conținutul istoric al procesului de-a lungul căruia medicina și-a însușit și și-a cristalizat un punct de vedere social asupra bolii și sănătății? Cînd, și în ce măsură a devenit ea conștientă de faptul că mediul social — departe de a fi o variabilă independentă —



Scanned with OKEN Scanner

poate să explice mult mai satisfăcător decît parametrii biologici, natura determinantelor bolii ?

Considerînd individul bolnav ca bază de plecare a acţiunilor ei curative, medicina tradiţională avea în primul rînd în vedere importanţa aspectelor şi trăsăturilor nemijlocit biologie ale acestuia. În evaluarea bolii, omul era considerat ca un organism supus mai mult sau mai puţin unor dereglări ale condiţiilor sale interne. Dacă pînă în secolul al XIX-lea, medicina nu reuşise încă să pătrundă esenţa bolii, orientarea morfologică şi funcţională avea să contribuie hotărîtor la înţelegerea ei ca totalitate de tulburări şi de perturbări ale echilibrului fiziologic al organismului.

Concepţia fiziologică va genera şi ea integrarea activităţii nervoase a omului în aprecierea tulburărilor intervenite în organism, ca o consecinţă a apariţiei stării de boală. Ca urmare, considerarea stării de bolnav avea să includă necesar, o concepţie integrală asupra proceselor patologice ale organismului, considerat în ansamblul său morfofuncţional. Ceea ce se dovedeşte important în progresele medicinei, în constituirea ei ca ştiinţă, este tocmai considerarea omului ca un tot integral. Pe de altă parte însă, omul nu mai este privit izolat, ci şi în relaţiile sale cu mediul, atenţia specialiştilor fiind din ce în ce mai mult orientată în direcţia unui control al raportului om-mediu-mod de viaţă, orientare care va pune bazele medicinei preventive.

## 3.5. MEDICINA — ŞTIINŢĂ A ACŢIUNII SOCIALE. PROTECŢIA SANITARĂ A MEDIULUI SOCIAL

Din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, influenţa asupra sănătăţii publice a condiţiilor nocive generate de revoluţia industrială duce la o nouă concepţie medicală în studiul bolilor. Dezvoltarea rapidă a centrelor industriale, constituirea marilor aglomeraţii urbane, regimurile excesive de muncă, subnutriţia, condiţiile grele de viaţă şi, în general, starea de mizerie şi pauperitatea maselor declanşează în serie epidemii cu caracter colectiv, înrăutăţind în mod vizibil starea de sănătate a populaţiei. Este perioada naşterii „slums"-urilor şi „bidonville"-urilor, aceste adevărate „celule" urbane sordide de la periferia marilor oraşe, caracterizate prin mizerie, alcoolism, delincvenţă, insalubritate şi pauperitate.

În „Situaţia clasei muncitoare din Anglia", Engels sublinia : „Cartierul răsăritean al Londrei este o imensă mocirlă de mizerie încremenită şi de disperare şi de foamete cînd muncitorii sînt fără ocupaţie, şi de decădere fizică şi morală cînd au de lucru. Şi situaţia este aceeaşi în toate celelalte mari oraşe... la fel şi în oraşele mai mici şi în districtele agricole" (9).

Creşterea mortalităţii în centrele urbane este însoţită de perioade de epidemii, de proliferare a bolilor infecţioase (febră tifoidă, tuberculoză etc.) cu efecte dezastruoase pentru rezistenţa fizică a unei populaţii supusă din ce în ce mai mult capriciilor modului de viaţă urban. Încă dinainte de 1850, autorităţile militare britanice şi prusiene constataseră starea de inferioritate fizică a recruţilor originari din districtele urbane,



Scanned with OKEN Scanner

motiv pentru care concepția victoriană, în pofida exaltării ei față de virtuțile „mediului pastoral" apărea nu lipsită de fundament (10). În aceste condiții, capătă o aderență crescîndă ideea organizării unui sistem unitar de ocrotire și protecție sanitară, de igienă și sănătate socială, capabil să asigure, pe scară publică, măsuri preventive corespunzătoare. Pe baza cercetărilor efectuate și a identificării unor germeni în laboratoarele de bacteriologie, se trasează jaloanele unei politici de protecție contra bolilor infecțioase. Se întărește controlul sanitar al indivizilor, iar autoritățile își concentrează eforturile în direcția exterminării factorilor responsabili de aceste afecțiuni. Filtrarea și distribuția în condiții salubre a apei potabile, lupta contra agenților purtători de germeni infecțioși, izolarea celor atinși de asemenea boli infecțioase constituie tot atîtea măsuri de prevenire și profilaxie medico-socială. Serviciile de igienă publică își organizează astfel activitatea pe baze noi, constituindu-și laboratoare proprii de cercetări bacteriologice și de imunologie. În 1879 apare primul Institut de Igienă Publică, fondat la München de Max von Pettenkofer, care se ridica contra exagerării rolului patogen al bacteriilor, punînd accentul, în special, pe importanța factorilor ambianți climat, natură, sol. În S.U.A. și Anglia apar școli particulare de igienă publică, orientate către integrarea învățămîntului cu cercetarea, pentru a asigura astfel ameliorarea sănătății publice. Se dovedește preferabilă prevenirea bolilor decît combaterea lor, înlăturarea efectelor fiind raportată din ce în ce mai frecvent la necesitatea cercetării și înlăturării cauzelor care le-au generat. Deși ideea nu este nouă în istoria medicinei, iar necesitatea elaborării unor măsuri de prevenție apare încă din secolul al XVIII-lea (Frank în Austria și Sinclair în Anglia), starea nesatisfăcătoare a igienei publice în perioada industrială o impune cu tărie. Igiena socială și medicina preventivă devin astfel parte integrantă a teoriei și practicii medicale. Necesitatea unor acțiuni preventive energice generează trecerea măsurilor de protecție a sănătății publice sub controlul programelor de politică guvernamentală. Este interesant de remarcat că inerția de care au dat dovadă multă vreme acțiunile oficiale ale administrației a fost înlăturată, în primul rînd ca urmare a unor evenimente dezastruoase pentru continentul european. Astfel, holera, flagel asiatic de multă vreme în stare endemică în India, începe să se propage rapid în Europa în primele decenii ale secolului trecut, provocînd mii de victime și invadînd numeroase țări. Numai Parisul înregistrează peste 7 000 de victime în circa 18 zile ; panica din rîndul populației face ca peste 100 000 de persoane să se retragă în grabă spre satele din preajma capitalei. În Anglia, măsurile luate de oficialități s-au dovedit la fel de neputincioase, limitîndu-se la acțiuni temporare, fără vreo eficiență profilactică deosebită.

În fața acestei situații, față de care medicina tradițională se dovedea ineficientă, și ca urmare a presiunii crescînde exercitată de opinia publică, programul de sănătate socială devine parte componentă a politicii oficiale. Climatul general al epocii era dealtfel favorabil acestei necesități, care face corp comun cu revendicări economice, politice și sociale, ce mobilizează masele din punct de vedere revoluționar. O influență puternică a exercitat-o pătrunderea ideilor socialiste în rîndul



Scanned with OKEN Scanner

maselor, idei la care au aderat și parte din medicii progresiști ai timpului. Denunțînd condițiile mizere și insalubre în care se găsea cea mai mare parte a cartierelor muncitorești, ca și absența unor măsuri elementare de igienă și protecție sanitară în rîndul populației, ei s-au situat în primele rînduri ale mișcării în favoarea inițierii și generalizării sistemului de reformă sanitară.

Tot în această perioadă se poate remarca interesul crescînd al sociologilor și statisticienilor către analiza concretă a condițiilor sociale de viață și de muncă. Sînt inițiate numeroase monografii și anchete cu caracter mai mult sociografic * decît sociologic propriu-zis, dar care au meritul de a pune în lumină aspecte semnificative ale vieții sociale din acea epocă. În Anglia, majoritatea cercetărilor sînt legate de problemele industrialismului, care ridica în acea epocă multiple probleme sociale.

Dintre aceste anchete sînt de amintit : anchetele — devenite clasice — ale lui Villerme și Buret (1840), cele inițiate de Comisia belgiană (1843 și 1886) asupra situației muncitorilor industriali, analizele de recensămînt ale lui Quételet (1846), studiile asupra bugetelor familiale ale lui Ducpétiaux și Le Play (1855), investigațiile lui Charles Booth asupra vieții populației londoneze (începută în 1889), ancheta lui P. S. Rowntree asupra orașului York (1899) etc.

În cadrul problemelor sociale cele mai importante, analizate de aceste monografii și anchete, cele care vizau starea de sănătate publică a populației erau dintre cele mai dezbătute. Analiza sanogenezei mediului creat în urma expansiunii revoluției industriale a dus la constatarea faptului că bolile nu sînt generate numai de cauze de natură individuală, ci și de determinante cu caracter social. O primă consecință a acestei constatări a dus la evidențierea corelației directe, existentă între starea de pauperitate a populației și condițiile ei igienic-sanitare. Raportul lui Edwin Chadwick asupra „Situației sanitare a populației muncitorești din Anglia“ (842) este semnificativ din acest punct de vedere. Un document de primă importanță, care consemnează modul cum influențează condițiile generate de revoluția industrială asupra proliferării bolilor infecțioase, îl reprezintă, pentru această perioadă, studiul lui Engels „Situația clasei muncitoare din Anglia“, realizat — cum spune autorul — „după observații proprii și izvoare autentice“. Analizele făcute de Engels asupra coeficientului diferențial de mortalitate, înregistrat în diversele suburbii și cartiere muncitorești, considerarea complexă a factorilor care condiționează apariția bolilor infecțioase și stării de insanitate a populației industriale reprezintă un moment de primă importanță în istoria cercetării empirice din domeniul sociologiei medicinei. În continuare, alte studii și analize, efectuate în primii ani ai secolului al XX-lea, în anii primului și celui de-al doilea război mondial, vor contribui la statornicirea unei anumite tradiții în acest domeniu, care, în cele din urmă, va genera consacrarea sociologiei

* Sociografia constă în simpla înregistrare și descriere monografică a faptelor și fenomenelor sociale, fiind din acest punct de vedere diferită de studiul sociologic al realității sociale, caracterizat de o anumită finalitate teoretic-explicativă.



Scanned with OKEN Scanner

medicinei ca disciplină autonomă cu statut distinct în cadrul celorlalte ramuri sociologice.

Pe aceste baze temeinice, pe plan mondial, mișcarea în favoarea reformei sanitare și a măsurilor de igienă socială se afirmă din ce în ce mai mult, impunînd guvernelor să inițieze măsuri sistematice de cercetare a condițiilor de locuit, de muncă și de viață. Se întreprind, ca urmare, campanii de avertizare a maselor contra pericolelor infecției și în favoarea generalizării măsurilor de igienă. „Repetatele epidemii de holeră, tifos, variolă și alte boli l-au convins pe burghezul britanic că este absolut necesar să asaneze orașele dacă nu vrea să cadă și el victimă acestor molimi împreună cu familia sa", scria Engels, referindu-se la măsurile luate de oficialități în Anglia în legătură cu protecția sănătății publice. Dar de la conștientizarea necesității unei politici oficiale, centralizată în direcția unor asemenea măsuri preventive pînă la adoptarea efectivă a acestor măsuri, a fost parcurs un drum lung. Se poate conchide că, în pofida unor acțiuni meritorii dar izolate, inițiate de personalitățile medicale consacrate ale epocii, generalizarea sistemului modern de igienă sanitară constituie, în primul rînd, un bun dobîndit de mase, într-o perioadă în care racilele societății capitaliste se manifestau din plin.

## 3.6. TRADIȚII MEDICALE ROMÂNEȘTI. ORIENTĂRI SOCIALE

Un stimulent și un sprijin prețios în dezvoltarea cercetărilor de medicină preventivă l-au constituit valoroasele tradiții ale cercetărilor medicale românești.

Medici și savanți iluștri cum au fost Constantin Caracaș, C. Istrate, Iacob Felix, Ștefan Stîncă, Victor Babeș, I. Cantacuzino și alții, preocupați de ameliorarea stării sanitare a populației, au încercat să cunoască temeinic relațiile sociale cu care veneau în contact, reușind să aducă o contribuție însemnată la munca de investigare a unor aspecte medico-sociale.

Bizuindu-se pe o bogată documentare fiziologică, medicală, socială și statistică, a fost demonstrată importanța mediului social ca factor etiologic în bolile cele mai răspîndite.

O figură proeminentă a începutului în acest domeniu rămîne C. Caracaș cu lucrarea sa intitulată „Topografia Țării Românești și observațiuni antropologice privitoare la sănătatea și bolile locuitorilor ei", tipărită în 1830 la București. Această monografie face referiri la hotarele și starea fizică a țării, la climă și la condiții văzute prin prisma sănătății oamenilor. De asemenea, abordează originea daco-romană a poporului nostru, și a cauzelor care influențează creșterea populației, aspecte privitoare la educația copiilor, la alimentația populației, „la caracterul moral și cultural al poporului, la instituțiile medicale și practica medicală de la noi" (11) etc. Pe lîngă alte lucrări se remarcă și analizele sociologice ale lui G. Banu ca : „Șomajul intelectual în România (studiu de igienă socială și statistică)", „Mortalitatea copiilor în



Scanned with OKEN Scanner

România“ (cauze, mijloace de combatere), „Études concernant la situation sociale et médicale de la femme ouvrière en Roumanie“.

Felix iniţiază prima legislaţie industrială din ţara noastră şi cele dintîi măsuri de protecţie a muncii, elaborînd lucrări valoroase cu caracter sociologic, printre care „Raport general asupra igienei publice şi asupra serviciului sanitar al regatului României pe anii 1895—1897“. Lucrarea „O pagină din istoria contemporană a României din punct de vedere medical, economic şi naţional“ (1880) a lui C. Istrate subliniază că „bolile de care suferă populaţia României sînt multiple. Una dintre ele, mizeria, are rol principal“... Printre cei dintîi autori care aplică materialismul dialectic şi materialismul istoric la studiul fenomenelor morbide, în etiologia bolilor de masă, este şi Ştefan Stîncă ; bazat pe o bogată documentare fiziologică, medicală şi statistică, demonstrează importanţa mediului social ca factor etiologic în bolile cele mai răspîndite, care dau cea mai mare mortalitate. Lucrarea sa „Mediul social ca factor patologic“ a adus o contribuţie importantă la întărirea tradiţiilor materialiste ale ştiinţei medicale româneşti şi a fost folosită de clasa muncitoare ca armă de luptă împotriva orînduirii burghezo-moşiereşti.

O lucrare la fel de importantă a fost cea concepută de N. Manolescu („Igiena ţăranului. Locuinţa. Iluminatul şi încălzitul ei. Alimentaţia ţăranului în deosebitele epoci ale anului şi în deosebitele regiuni ale ţări — 1895“).

Savanţi ca Victor Babeş, I. Cantacuzino şi alţii au fost preocupaţi de problemele socio-medicale ale maselor exploatate şi s-au străduit să obţină de la clasele dominante, pe care le făceau responsabile pentru mizeria poporului, măsuri menite să îmbunătăţească politica sanitară a ţării. Într-o serie de analize medico-sociale au luat poziţie hotărîtoare pentru împroprietărirea ţăranilor lipsiţi de pămînt, în vederea eradicării pelagrei, au susţinut necesitatea menţinerii sistemului de carantină cu ocazia epidemiilor de holeră, subliniind „importanţa intenţiilor capitalului străin şi autohton, care încercase să subordoneze interesele sanitare ale întregii naţiuni unor meschine interese de afaceri“. Babeş a cerut ca problemele sanitare să fie considerate ca preocupări centrale de stat, militînd la diverse congrese pentru înfiinţarea unui minister aparte pentru problemele medicale şi sanitare din ţara noastră.

Toţi medicii noştri progresişti din acea epocă au evidenţiat necesitatea cercetării vieţii sociale şi a stării sanitare a populaţiei şi au pus în această direcţie bazele unei activităţi originale, specific româneşti. Dar de la aceste începuturi pînă la valoroasele lucrări, mai specializate, scrise de M. Zavergiu-Theodoru, G. Banu (în pofida limitelor concepţiei sale) sau Grigore Benetato şi alţii, în perioada dintre cele două războaie mondiale, „s-a parcurs un drum lung şi complex, pe care au trecut marii noştri savanţi, ca Victor Babeş şi mulţi alţii“ (11).

Cercetările şi experimentele preconizate de toţi aceşti cercetători, oricît de cuprinzătoare ar fi fost ele, au întîmpinat dificultăţi, foarte adesea de neînvins, care au împiedicat aplicarea pe scară naţională a concluziilor ştiinţifice obţinute. Vechiul regim nu dispunea de mijloacele necesare şi nici măcar nu se simţea interesat să-şi asume sarcina



Scanned with OKEN Scanner

înlăturării racilelor care persistau în domeniul sănătății publice. Relațiile social-economice din acea perioadă au împiedicat nu numai aplicarea unui vast program de medicină socială, dar și organizarea unor cercetări aprofundate, privind factorii sociali ai stării de sănătate (109).

## 3.7. PENTRU O NOUĂ CLASIFICARE A MEDICINEI

A devenit oare știința medicală, în urma acestui lung proces de constituire a medicinei preventive și profilactice, o știință socială ? Cu alte cuvinte putem vorbi în prezent de medicină ca fiind o știință socială, aidoma celorlalte discipline care se ocupă de domeniul socialului ? În mod evident, pe o anumită treaptă de dezvoltare, datorită unor limite ale cunoașterii, știința medicală a fost definită aproape în întregime din punct de vedere biologic, împingînd pînă la periferia cunoștințelor medicale, interesul pentru aspectele ei sociale. În ce măsură a putut să devină ea conștientă de acest lucru este un fapt istoric. Cert este că, în măsura în care medicina a progresat, au progresat și punctele ei de vedere sociale în problemele bolii și sănătății, impunînd practica medicală ca practică socială nemijlocită. Departe de contextul fragmentar, hipocratic, al evaluării omului ca persoană izolată, dar mult mai aproape de concepția părintelui medicinei asupra importanței mediului social ca factor etiologic al bolii, medicina recunoaște astăzi necesitatea unei integrări a punctului de vedere social în domeniul ei de activitate.

Avînd o participare decisivă la organizarea stării de bunăstare fizică, psihică și socială a indivizilor, medicina contribuie la fel de temeinic la problemele bunăstării sociale ale întregii colectivități.

Colaborînd cu celelalte discipline (biologice și sociale) în vederea asigurării deplinei integrități sociale a indivizilor, a comunității, medicina — departe de a fi o știință strict biologică — se arată tot atît de importantă ca știință socială, ca știință a acțiunii sociale.

În istoria cunoașterii științifice, problema clasificării științelor, precum și a convergenței dintre ele, a fost viu disputată în același cadru comun, din care au rezultat sarcini diferențiate pentru fiecare dintre ele. În această privință se aprecia că sarcina pentru fiecare dintre științele naturii și societății este studierea legilor unei anumite sfere de fenomene din lumea obiectivă : din natură și societate. Apariția științelor particulare este tocmai un rezultat al desprinderii anumitor domenii din procesul general de dezvolare și izolarea lor, în funcție de legi specifice. În condițiile actuale însă, reperele constitutive ale disciplinelor particulare nu mai pot fi ferm menținute. Tendințele actuale de constituire a unui sistem științific integrat, necesitatea eliminării unor frontiere tradiționale sînt absolut justificate și impuse de însăși realitatea obiectivă, care nu poate fi analizată unilateral prin disocierea laturilor și fenomenelor ei componente.

Abordării unilaterale a domeniului naturii și societății, i se opune dialectica. Concepînd realitatea obiectivă în mod determinist, ea obligă sistemul științelor să oglindească realitatea obiectivă cît mai fidel, să juxtapună și să coreleze grupurile complexe de științe particulare, așa cum este cazul științelor sociale și al științelor naturii. Colaborarea și interacțiu-



Scanned with OKEN Scanner

nea inevitabilă a celor două mari sisteme a dus la convergența domeniilor sociologiei și medicinei, în cadrul unității dialectice natură-societate, iar pe baza acestei convergențe s-a conturat o nouă ramură, *sociologia medicinei*.

Însușindu-și un punct de vedere social, medicina și-a constituit astfel un domeniu propriu de cercetare a realității medico-sociale, devenind ea însăși integrată acțiunilor în favoarea optimizării stării acestei realități. Astfel, medicina a devenit într-adevăr o știință profund socială.

Pot fi menționate, ca o concluzie a acestui capitol, cuvintele lui Rudolf Virchow, care în lucrarea „Metode științifice și puncte de vedere terapeutice", apărută în anul 1849, scria următoarele :

„...dacă medicina este știința omului, ca și a bolnavului (ceea ce ar trebui să fie), care altă știință este mai indicată să propună legi ca bază a alcătuirii sociale, spre a da eficiență acelora care sînt inerente omului însuși ? Odată ce se stabilește că medicina este antropologie și din moment ce interesele privilegiaților nu mai determină mersul evenimentelor publice, fiziologii și medicii practicanți vor fi socotiți printre cei mai de seamă oameni de stat, care sprijină structura socială" (12).

Scanned with OKEN Scanner

# 4.
# INTEGRAREA MEDICINEI PREVENTIVE ÎN PROCESELE DEZVOLTĂRII SOCIAL-ECONOMICE CONTEMPORANE. ORIENTAREA CĂTRE COLECTIVITATE

„Pornind de la ideea că omul este scopul și rațiunea oricărei activități sociale, că populația reprezintă avuția supremă a fiecărei țări, considerăm că trebuie analizate și dezbătute problemele de fond ale condiției umane, ca cerință majoră esențială a contemporaneității".

NICOLAE CEAUȘESCU

## 4.1. BUNĂSTAREA FIZICĂ, PSIHICĂ ȘI SOCIALĂ A COLECTIVITĂȚILOR UMANE. ERA ȘTIINȚEI POLITICE A SĂNĂTĂȚII

Sănătatea este strîns legată de progresul social, de măsurile care urmăresc ridicarea nivelului de bunăstare socială a colectivităților umane. Astfel, relația dintre sănătate și societate se manifestă ca un indicator important al aprecierii bunăstării generale, oferind informații despre modul în care dezvoltarea socială influențează starea de sănătate a colectivității și despre modul în care aceasta, la rîndul ei, poate să inducă schimbări în standardele de viață ale grupurilor sociale.

Sintetizînd o realitate unitară, conceptul de bunăstare poate fi structurat în subconcepte ce cuprind aceleași probleme cardinale ale societății și indivizilor care o compun : bunăstare fizică, psihică, socială, ecologică ș.a.m.d. Toate pot fi considerate laturi interrelate ale unei politici globale în domeniul sănătății.

Rezolvarea acestor probleme a evoluat și evoluează în mod strîns legat de standardele de cultură ale populației, precum și în funcție de structura sistemelor de valori ale societății.

Dezvoltîndu-se în raport cu cerințele de a asigura o bunăstare fizică, psihică și socială membrilor societății, asistența sanitară a inclus acest obiectiv ca o componentă prioritară a politicii sale de rezolvare a problemelor sănătății populației, transformîndu-l într-o adevărată ideologie programatică a teoriei și practicii medicale. De aceea, medicii devin din ce în ce mai conștienți, în prezent, de necesitatea participării la această evoluție și aspirație legitimă în ceea ce privește conceptul de bunăstare.



Scanned with OKEN Scanner

Pe de-altă parte, noile coordonate ale revoluției tehnico-științifice au deschis căi ce impun cu necesitate și medicinei să ia decizii în legătură cu alternativele cu care este confruntată. Progresul economic determină progresul stării de sănătate a populației, iar dinamica vieții social-

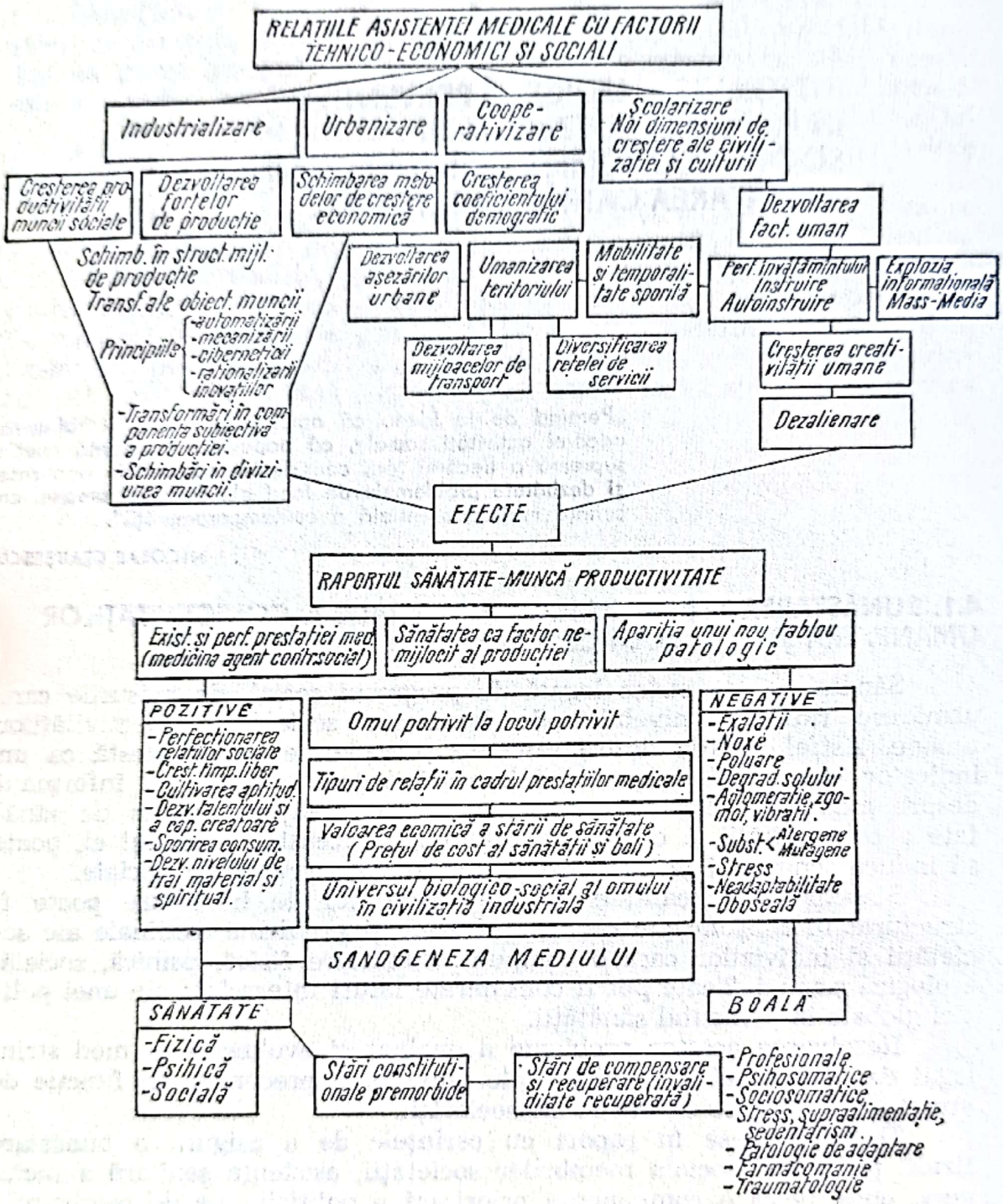



*Fig. 14* — Integrarea medicinei și medicului în procesul dezvoltării social-economice.

economice sub impulsul exploziv al progresului tehnic contemporan, cere integrarea medicinei în procesele dezvoltării social-economice.

Dinamica economic-socială, progresele tehnico-științifice, modificarea concepției privind starea de sănătate și boală, extinderea noțiunii

de vindecare de la restabilirea biologică la reintegrarea în viaţă socială, creşterea sentimentului de solidaritate şi de responsabilitate a colectivităţii faţă de sănătate au condus la schimbări în modul de abordare a problemei ocrotirii sănătăţii, precum şi la noi roluri şi responsabilităţi medicale.

Ştiinţa a schimbat medicina tot atît de mult cît a schimbat industrializarea societatea. Valoarea individului pentru sine şi societate este legată de productivitatea sa, iar productivitatea depinde desigur, de o sănătate solidă, care va putea prospera numai în cadrul unei bune productivităţi sociale.

Sănătatea este o problemă socială atît prin cauză, cît şi prin efect, contribuind la progresul social-economic şi depinzînd în acelaşi timp de acesta. În această noţiune se împletesc elemente culturale, economice, politic-morale şi idealuri estetice şi etice, şi aceasta trebuie înţeleasă ca fiind cea mai de preţ bogăţie socială. De aceea, medicina modernă trebuie să ţină din ce în ce mai mult seama de structura, funcţiile, mecanismele şi dinamica proceselor sociale, economice, de amplele mutaţii în structurile social-profesionale ale populaţiei şi de faptul că problemele sănătăţii şi bolii nu au doar un caracter strict profesional, ci şi unul social.

Sănătatea nu este un dar dat odată pentru totdeauna, ci o resursă naturală, permanent ameninţată de boală. Ea trebuie menţinută, promovată prin activităţi neîntrupte de educaţie, de instrucţie.

Medicina, ca ştiinţă a celor sănătoşi şi bolnavi, a devenit o instituţie socială, ţelul ei fiind de a menţine pe indivizi adaptaţi mediului, ca membri folositori ai societăţii, familiei, producţiei. Îngrijirea sănătăţii este o sarcină socială, care cere eforturi coordonate ale organelor de sănătate, ale şcolii medicale, ale educatorului, ale medicului ca expert în probleme care trebuie să furnizeze diferite norme şi standarde de viaţă. A venit deci timpul cînd medicul trebuie să vadă oamenii înainte de a fi bolnavi şi să-i sfătuiască cum să-şi menţină sănătatea.

În acest context, importantele modificări survenite în practica social-umană în domeniul industrializării, urbanizării, şcolarizării, în structura socială a societăţii noastre, în fizionomia tuturor categoriilor sociale, determină raporturi din ce în ce mai strînse ale medicinei cu factorii materiali şi spirituali ce concură la dinamica stării de sănătate a populaţiei.

Progresul economic este concomitent cu progresul stării de sănătate a populaţiei, iar dinamica vieţii sociale, economice, sub impulsul exploziv al progresului tehnic contemporan, cere integrarea medicinei şi a medicului în procesele dezvoltării social-economice.

Noile coordonate ale economiei socialiste unitare impune sistemului de ocrotire a sănătăţii să folosească o supleţe în organizare, un sistem de „management" ştiinţific, să ţină seama de o seamă de aspecte bio-psiho-sociale în noua pacientogeneză pe care o ridică viaţa, în slujba unei strategii, ale cărei obiective să fie *omul şi sănătatea acestuia*. Putem afirma că omul, care în cursul vieţii joacă anumite roluri, este punctul de plecare şi de sosire al vieţii sociale, obiectul şi subiectul acesteia. Nici un fel de maşină nu este capabilă încă să preia funcţiile sociale ale omului, obligaţiile, faptele şi acţiunile lui. Ca membru al



Scanned with OKEN Scanner

societății, omul își va menține participarea și rolul său hotărîtor în producție în condițiile automatizării depline. Fiecare rol pe care îl îndeplinește omul în societate își are indicațiile și interdicțiile proprii și, ceea ce asigură stabilitatea sistemului social, este putința de a prevedea modul în care sînt îndeplinite aceste roluri.

Înțelegerea semnificațiilor acestui fapt este legată în prezent de multiplele mutații în toate domeniile vieții sociale care influențează asupra tuturor structurilor sistemului social global, inclusiv asupra unuia din subsistemele cele mai importante și anume ocrotirea sănătății populației. Revoluția industrială și urbanismul au schimbat din temelii viața a milioane de oameni și, odată cu generalizarea confortului și reducerea solicitărilor efortului fizic, au dus la importante schimbări și restructurări în viața comunităților, a familiilor tradiționale. A apărut o nouă patologie, la menținerea căreia individul este adeseori coparticipant.

Populația reprezintă avuția cea mai de preț a țării, elementul cel mai important al dezvoltării economice și sociale, al progresului material și spiritual al societății.

Medicina, ca agent de control social, ca parte integrantă și dinamică a macrosistemului social, sistemul organizării stării de sănătate al populației asigură prin subsistemle sale de relații, funcții specifice de control social și medical. Acest control se referă pe de o parte la buna desfășurare a rolurilor și raporturilor existente în întreaga societate, iar pe de altă parte la condiția de bunăstare fizică, psihică și socială a indivizilor integrați în aceste roluri și raporturi sociale. Dacă funcția curativă asigură serviciilor medicale controlul perturbărilor intervenite în sistemul macrosocial, ca urmare a stării de boală, funcțiile preventive și profilactice asigură posibilitatea prevenirii unor asemenea perturbări încă înainte de apariția lor. Printre factorii importanți care amenință funcțiile oamenilor se numără boala, fizică și mentală. Bolile nu sînt uniforme și nici întîmplătoare. Boala este un fenomen universal, afectează pe toți oamenii, dar nu în aceeași măsură și în același mod.

În multe țări, inclusiv la noi, sănătatea constituie o problemă de stat și de aceea nu este numai de resortul asistenței medicale, ci face parte integrantă din ansamblul condițiilor social-economice și culturale de dezvoltare a țării.

În lumea medicală s-a schimbat ceva și continuă să se schimbe. Se fac eforturi ca planurile de învățămînt să-și elimine crusta rigidă pe care timpul a imprimat-o și, prin îmbinarea tradiției cu inovația, să se adapteze la cerințele noilor sensuri de dezvoltare a medicinei moderne.

De aceea, problemele actuale și viitoare ale învățămîntului universitar și postuniversitar, privind îngrijirea sănătății cer din ce în ce mai multă flexibilitate, adaptabilitate, care să corespundă realităților socio-medicale, ale „management-ului" sanitar. Se poate afirma că spitalul, cu structurile lui complexe, devine o fabrică de sănătate, care produce o valoare tot atît de utilă societății ca oricare alta.

Dimensiunea funcțională a spitalului, ca organism de control medico-social, rămîne totuși o problemă insuficient studiată. Cu atît mai mult cu cît, în calitatea sa de centru de sănătate al colectivității, spitalul s-a transformat într-o instituție socială cu multiple responsabilități obștești.



Scanned with OKEN Scanner

Spitalul devine așezămînt cu multiple funcții : îngrijire, învățămînt, loc de cercetare, mediu de formare pentru studenți, medici, aparat paramedical, pol de atracție pentru consultații, emanînd o întreagă politică a sănătății.

Pe măsură ce sistemul sanitar a crescut și și-a îmbogățit tehnologia, a dobîndit și funcții foarte diferențiate, care necesită modele corespunzătoare. Medicina a atins o asemenea dimensiune și complexitate, pentru care se cer modele flexibile de organizare, care să corespundă necesităților socio-medicale.

Paralel, pe plan teoretic, trebuie redefinite, în continuare, instituțiile spitalicești, metodologia și cadrele medicale, în contextul apariției unor noi tehnologii în permanentă perfecționare.

Reciprocitatea permanentă dintre opinia publică și prestigiul medical obligă medicina și medicul la o înaltă etică profesională, medicina fiind atît știință, cît și conștiință civică.

Medicina nu este numai o profesie, ci și o activitate cu profund caracter social, care se integrează în sfera generală a activității materiale a oamenilor. Dacă vrem să privim medicul în mediul său înconjurător, nu trebuie să-l vedem izolat. Trebuie să luăm în considerație bolnavul, care este justificarea medicului. Împreună, formează o unitate. Relațiile dintre acești doi membri ai societății, unul căutînd ajutor, iar celălalt dînd sănătate, constituie esența medicinei. Codul eticii profesionale de medic prevede multe roluri și îndatoriri, dar în toate acestea una din ele se află pe primul plan și pare inviolabilă : „trebuie să se acorde atenție principală prevenirii bolilor, apărării sănătății, nu intervenției după ce omul s-a îmbolnăvit, cînd uneori nu mai e nimic de făcut. Desigur, bolnavii trebuie tratați, dar medicina trebuie să activeze în primul rînd pentru prevenirea îmbolnăvirii și trebuie să acordăm atenția centrală acestei activități, inclusiv în domeniul învățămîntului și cercetării".

Independent de caracterul, de specificul diferitelor activități, domeniul medical trebuie, pînă la urmă, orientat și concentrat într-o direcție unică, a grijii pentru sănătatea populației, cu tot ceea ce comportă aceasta. Profilaxia începe și se termină cu educația sanitară. De aceea, în cadrul medicinei, orientarea preventivă trebuie să ocupe un loc principal.

Informațiile obținute prin anchete socio-medicale și cercetări sociologice pot fi utile pentru medici în măsura în care introduc observații în cîmpul epidemiologic al medicinei. Este mai rațional și mai puțin costisitor să prevenim boala decît să o vindecăm. Medicina, ca știință a celor sănătoși și bolnavi, cere permanent raportarea acțiunilor sale la aspectele integrate ale statutului sănătății (biofizice, psihologice, sociale). Practica inspirată de medicina preventivă poate să cuprindă în continuare programe de educație (sanitară, sexuală etc.) și de sfaturi ale medicilor printr-un sistem de informare și orientare bine precizat, conform etapelor sociale pe care le parcurgem.

Activitatea medicală trebuie privită atît prin caracterul social al prestațiilor, cît și prin contribuția acestora la îmbunătățirea raportului dintre sănătate-muncă-productivitate.

Analizarea acestui raport, analizarea variațiilor randamentului uman în exercitarea sarcinilor de producție, adaptarea la posibilitățile organismului a elementelor materiale și de organizare ale procesului de muncă



Scanned with OKEN Scanner

în scopul stabilirii elementelor medicale, de care să țină seama organizarea științifică a producției, constituie probleme majore dintre cele mai importante. În societatea contemporană generatoare de atîtea noxe, medicina și profesia de medic au devenit un instrument de evaluare, menținere și recuperare continuă a membrilor societății, ca bază a progresului economic și social. Progresul economic implică progresul stării de sănătate a populației, iar dinamica vieții social-economice sub impulsul exploziv al progresului tehnic contemporan cere în mod imperios integrarea medicinei moderne în procesul dezvoltării social-economice.

Foarte bine a fost subliniată concepția cu privire la îngrijirea sănătății primare dezbătută la conferința de la Alma-Ata, din septembrie 1978. Declarația de la Alma-Ata reafirmă că sănătatea este un drept fundamental al omului și, în același timp, un obiectiv social mondial. Această conferință a elaborat o definiție clară și completă a scopurilor și funcțiilor „noii ere a sănătății", care decurg din principiul îngrijirilor sănătății primare.

Declarația a elaborat 22 de recomandări specifice mai multor domenii de activitate medicală și socială și a recunoscut că „o dezvoltare reușită a sănătății comunității și individului nu poate fi realizată fără participarea intensă a personalului medical și fără un sistem sanitar conceput pentru a susține și completa această activitate" *. Constatînd că există un anumit decalaj între nivelurile de sănătate ale diferitelor țări și practicarea modernă a unei medicini științifice, conferința a evidențiat faptul că practica medicală nu reușește să obțină toate performanțele posibile din cunoștințele și instrumentele pe care știința le oferă în prezent altor domenii de activitate.

Arătîndu-se faptul că de mai mulți ani responsabilii sănătății publice și-au concentrat eforturile lor asupra colectivității, s-a recunoscut totodată faptul că sănătatea unei comunități nu poate fi realizată dacă ne ocupăm numai de individ. Trecerea de la boală la sănătate nu se poate realiza doar prin simpla suprimare a bolii. Medicina nu poate ține locul sănătății și, de aceea, serviciile sănătății trebuie să se ocupe de ansamblul populației prin verigi organizatorice specifice. Pe de altă parte încercările medicinei comunitare nu au reușit să realizeze sănătatea pentru toți, deoarece au neglijat aspectele culturale și s-au preocupat mai mult de îngrijirea bolii decît de menținerea sănătății ; de aceea s-a insistat asupra necesității de redefinire a noțiunii de sănătate, ținînd seama de elementele socio-economice și socio-culturale care influențează starea de sănătate. Sănătatea nu este un produs care se cumpără, ci o responsabilitate comună a individului, a colectivității și a guvernelor, fiind deci o problemă politică.

Epoca actuală a medicinei poate fi definită ca o *eră a științei politice de menținere a sănătății populației.*

Conferința a subliniat cele 3 mari schimbări de orientare care au marcat practica medicală în decurs de un secol, subliniind mutațiile petrecute în ideologia medicală, în învățămîntul medical și în tipul de cerce-

* W. L. Barton, *Alma-Ata : Une ère mondiale* în rev. „Santé du monde", Juillet, 1979, p. 10.



Scanned with OKEN Scanner

tare, cu participarea integrală-interdisciplinară a științelor comportamentului uman.

Apare deosebit de semnificativă în acest sens clasificarea principalelor etape de evoluție a medicinei : *a. era empirică* (pînă în 1850), concentrată asupra diagnosticului și tratamentului simptomatologiei și a manifestărilor date de boală ; în această perioadă învățămîntul medical era eminamente autoritar, bazîndu-se pe principiul *magister dixit ;* teoria devenise o dogmă intangibilă, ceea ce a diminuat dezvoltarea științei medicale și a lăsat de-o parte realizările științelor comportamentului uman, în pofida unor contribuții remarcabile ale unor personalități ale timpului ; *b. era științei fundamentale :* în această perioadă, odată cu descoperirea celulei și apoi a bacteriilor, s-a putut da o explicație științifică a cauzelor bolii, arătîndu-se faptul că semnele și simptomele pot evidenția mai clar indicele proceselor patologice. Cercetarea fundamentală constituie o direcție de bază, care orientează practica medicală către realizarea unor noi instrumente de investigație de laborator, în timp ce teoria privește diagnosticul și tratamentul bolilor ca proces și nu ca simplă relație. Nici în această etapă medicina nu estimează rolul științelor comportamentului în practica medicală ; *c. era științei clinice :* inaugurată în primele decenii ale secolului nostru, această etapă a medicinei marchează o deplasare a centrului de interes al medicinei de la boală la individul bolnav. Ca urmare, o atenție deosebită este acordată medicinei, sociologiei, științelor comportamentului uman ; *d. era sănătății publice :* marchează noua orientare a medicinei, în perioada anilor '50, odată cu progresul antibioticelor și insecticidelor, care ilustrează „vîrsta de aur" a chimioterapiei și a realizărilor remarcabile în acest domeniu. Această etapă marchează totodată revirimentul filosofiei și accentul pus pe om în relație cu mediul său. Cercetării terenului, a predispozițiilor, a factorilor individuali de risc, de mediu, profesional, geografic, climatic i s-a acordat atenție crescîndă, ceea ce a impus o nouă concepție asupra sănătății între individual și social în medicină. Aceasta a făcut ca socialul să dobîndească noi trăsături specifice, evidențiind aspecte medicale, preventive, profilactice, în condițiile schimbării și mutațiilor înregistrate în sistemul de organizare, tehnic și profesional al medicinei.

Dîndu-și seama de legăturile dintre boală și mediul social, concepție care s-a făcut simțită atît în teorie, cît și în practică, medicina începe să urmărească unitatea bio-psiho-socială a organismului omenesc și rupe platoșa de tradiționalism, ceea ce contribuie la lărgirea, deschiderea sistemului medical către cel social. În consecință, apare o deplasare a atenției medicilor de la individ spre colectivitate.

Descriind această eră, McGavran subliniază necesitatea unor cercetări bazate pe criterii și tehnici comunitare : abordarea prin echipe interdisciplinare, integrarea științelor sociale etc. Noul bolnav este „colectivitatea", care obligă medicul să înțeleagă modul de funcționare a societății și să admită rolul culturii, valorilor, normelor și al comportamentului uman în explicația bolilor și cauzelor lor.

Cele patru etape corespund principalelor concepții care au dominat pe rînd medicina de-a lungul etapelor de evoluție : faza de „incubație", caracterizată printr-o serie de cercetări disparate, care pregătesc terenul prin formarea opiniilor publicului și servesc de material pentru formarea curentului viitor ; faza „expansiunii", care abundă în lucrări într-un



Scanned with OKEN Scanner

SCHEMA I

EVOLUȚIA ȘTIINȚEI MEDICALE PÎNĂ ÎN ANUL 2000,
de la era empirică la era științei politice a sănătății

| | Era empirică | Era științelor fundamentale | Era științei clinice | Era sănătății publice | Era științei politice a sănătății |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1850 | 1900 | 1950 | 1975 | 2000 |
| Finalitate și filozofie | *Axate pe simptome*<br>Diagnosticul și tratamentul empiric al simptomelor | *Axate pe bacterii sau pe boală*<br>Diagnosticul și tratamentul bolii | *Axate pe bolnav*<br>Diagnosticul și tratamentul individului | *Axate pe colectivitate*<br>Diagnosticul și tratamentul comunității | *Axate pe populație*<br>Diagnosticul și tratamentul cu întregul corp politic medical și social care să acționeze ca un tot |
| Învățămînt | Cursuri organizate de spitale-epitropii<br>Învățămînt autoritar (statal) | Practica în laborator | Practica clinică în afară de cursuri | Practica clinică în domeniul sănătății publice<br>Pregătirea pentru sarcini colective | Experiența socială<br>Comprehensiunea socială și economică<br>Sensul gestiunii<br>Psihologia și procesele politice<br>Programul național de sănătate |
| Cercetare | Istoric | Fundamentală în laborator<br>Punerea la punct a noilor mijloace | Punerea la punct în clinică a unor tehnici clinice | Colectivitate<br>Dezvoltarea comunității<br>Măsuri și criterii<br>Tehnici de planificare | Indicii sociali și economici ai dezvoltării sanitare<br>Indicatorii subiectivi ai calității vieții<br>Procesele activității intersectoriale<br>Procese în rețea |
| Științele comportamentului | Necunoscute | *Nefolosibile* | *Auxiliare*<br>Științele sociale ajutătoare medicinei | *Integrate*<br>Științele sociale<br>Specializarea lărgită<br>La egalitate cu științele sociale publice | *În intercorelare*<br>Științele sociale, economice, politice și ale sănătății |
| | | Activitate individuală | Necesitatea echipei de specialiști | Echipă interdisciplinară | Echipă intersectorială |

W. L. Barton, Alma - Ata: O nouă eră, „Santé du Monde", p. 10 — Juillet, 1979; Declarația de la Alma-Ata dă o definiție clară unei ere noi decurgînd din principiul îngrijirii primare a sănătății: „era științei politice a sănătății".

Scanned with OKEN Scanner

domeniu în care spiritul de imitație funcționează la maximum ; faza de „dominare", în care teoria științifică devine dogmă ; faza de „scădere" sau „uitare" a teoriei, care devine adesea obiectul ironiilor ; faza de „stabilitate", cînd achizițiile valorilor au rămas definitive, ca urmare a unei experiențe mai îndelungate (Schema nr. I).

## 4.2. FUNCȚIILE MEDICINEI COLECTIVITĂȚILOR UMANE ÎN ȚARA NOASTRĂ

În contextul dezvoltării societății socialiste, medicina trebuie să aibă, în continuare, o mare influență în elaborarea modelelor de sănătate, de promovare a acesteia în cadrul colectivităților umane (grup, familie, societate). Ea trebuie să identifice particularitățile bio-psiho-sociale ale individului în cadrul procesului de producție, să colaboreze la luarea unor decizii, care să corespundă noilor transformări sociale și pot permite optimizarea relațiilor om-mediu-muncă, să-și enunțe punctul de vedere în privința repartiției forței de muncă conform principiului „omul potrivit la locul potrivit", în problemele organizării locului de muncă, potrivit cerințelor fiziologice, să furnizeze tehnologilor și organizatorilor de producție date în legătură cu psihozifiziologia aplicată pentru activitățile cu efort preponderent neuropsihic. De asemenea, medicul trebuie să-și expună părerea în legătură cu factorii de mediu, de adaptabilitate, de ambianță, în care trăiește și muncește populația, să preconizeze măsuri corespunzătoare în direcția cea mai acceptabilă a societății.

Medicina se integrează continuu în cele trei mari procese social-economice : industrializare, urbanizare, școlarizare. La asigurarea integrării medicinei în procesul dezvoltării social-economice contribuie, evident, structura economică socialistă a societății noastre, sarcinile pe care societatea le pune medicinei, tehnologia care stă la îndemîna acesteia, precum și autoritatea și prestigiul pe care trebuie să le aibă ea în luarea deciziilor de natură socio-medicală. Am putea spune că medicina este o știință socială cu responsabilitate umană și economică. Ea se străduiește să ia măsuri în legătură cu alternativele cu care sînt confruntate sănătatea și boala în condițiile civilizației, pornind de la acțiunile de supraveghere a omului sănătos, de prevenire a îmbolnăvirilor, de protejare a capacității de muncă, de preîntîmpinare a eșecurilor fizice și psihologice. În etapa actuală, multe boli asociate ocupațiilor specifice au fost aduse sub control medical și legal, iar altele eradicate în întregime.

În același timp, boli fără pondere în trecut (traumatisme, accidente, psihoze, nevroze, boli cardiovasculare, alergice) au o pondere crescută în prezent. Biologia omului va fi influențată de noul mediu creat de om în civilizația industrială prin numeroși factori care influențează sistemul nervos central, nutriția, metabolismul, activitatea motrice.

Există toate motivele să se presupună că, în viitor, patologia umană își va modifica în continuare datele, în funcție de progresul exploziv tehnologic, care determină solicitări psiho-fizice și modificări adaptative importante în relația om-mediu. Dar există tot atîtea motive să afirmăm că acești factori de „agresiune" vor fi combătuți printr-o colaborare



Scanned with OKEN Scanner

integrată a medicinei cu celelalte științe care se ocupă de om. Configurația bolilor a forțat medicina să-și lărgească perspectivele atît în studiul factorilor legați de distribuția bolilor în cadrul unei populații, cît și în cel al terapiei prin diverse metode. „Trebuie să cunoaștem cît mai exact masa de riscuri ce amenință biologia omului contemporan." (221)

În această direcție, în ultimul timp se folosesc toate fronturile pentru a aduce cercetările socio-medicale în concordanță deplină cu beneficiarii, prin identificarea factorilor sociali, medicali, spirituali, materali, care concură la dinamica stării de sănătate, ce devine, astfel, forță motrice a procesului economic.

Științele medicale industrializate și specializate se străduiesc să satisfacă o gamă largă de cerințe, conform particularităților progresului tehnic-social, ca și exigențelor populației.

Medicina are legături directe cu munca și cu diviziunea pe ocupații a producătorilor de bunuri materiale, pe care îi supraveghează, îngrijește și îi redă societății, familiei și producției. *În virtutea acestui fapt, activitatea medicilor îndreptată spre păstrarea, menținerea și întărirea sănătății oamenilor poate fi considerată ca un element important al forțelor de producție, ca un factor al progresului economic și social al societății. Productivitatea nu se poate îmbunătăți dacă nu se sprijină pe o sănătate solidă și nici sănătatea nu poate prospera decît datorită unei bune productivități. Valoarea individului, pentru el și societate, este legată de productivitatea sa.*

*Dacă medicina a fost considerată deseori o știință neproductivă, nimeni nu mai pune la îndoială că ea aduce mai multe cîștiguri decît pierderi. Acțiunile organizate pentru menținerea sănătății trebuie să integreze în mod necesar datele psihologice și sociologice pentru a fi eficiente.*

Modul de îngrijire medicală diferă de la un sector de activitate la altul, în funcție de valorile atribuite de societate, de atitudinile ei în această direcție. Una va fi valoarea acordată vieții umane în transportul aerian față de cel rutier, alta va fi valoarea acordată protecției cosmonauților și alta pentru politica de vaccinare a populației.

Integrarea datelor medicale cu cele economice și socio-psihologice se impune în cadrul activtății subsistemelor medicale, generînd modificări de organizare și preocupări profesionale extrem de nuanțate. Aceste date, transpuse în practică, sînt adesea multidisciplinare și impun cunoașterea și cooperarea tuturor specialităților pentru o cît mai bună eficacitate.

Acordarea unei îngrijiri medicale integrate presupune probleme legate de raportul între medic și bolnavi, utilizarea rațională a timpului medicilor, adresabilitatea pentru diferite tipuri de îngrijire, ponderea asistenței în anumite perioade, reducerea duratei de spitalizare, mărirea eficacității tratamentului ambulator.

Astfel, se impune elaborarea unor soluții de coordonare, integrare a îngrijirii medicale prin dezvoltarea sistemului de informare și orientare, în ceea ce privește gradul de interdependență dintre diferitele stări din sistemul serviciilor de sănătate și solicitările consumatorilor de îngrijire.

În raportul dintre cei care consumă sau folosesc serviciile de îngrijire (consumatorii de îngrijiri medicale), și cei care oferă aceste servicii



Scanned with OKEN Scanner

și instituțiile care mediază raporturile dintre ei este nevoie de deplină concordanță. Cu alte cuvinte se poate vorbi de un anumit raport între cerere și ofertă.

În cadrul acestor raporturi, oferta se caracterizează prin diviziunea socială a muncii profesionale, care asigură diferitele forme de prestație medicală consumatorilor, cît și prin diviziunea funcțiilor, care se constituie din diversele prestații, combinate astfel, încît să producă un anumit rezultat cu valoare economică sau socială. Mulți „administratori de sănătate" pun problema cheltuielilor sanitare fără să evidențieze aportul adus la economia națională, partea cu care contribuie ocrotirea sănătății în producția bunurilor, în productivitatea muncii.

A preveni sau vindeca o boală, reducîndu-i efectele, înseamnă de fapt a reda producției și familiei pe membrii societății, pentru că viața omului are valoare și în funcție de productivitatea pe care aceasta o reprezintă.

În țara noastră, sistemul de îngrijire a sănătății, pe lîngă reducerea și prevenirea incapacității și a bolilor și promovarea sănătății, are de îndeplinit o nouă sarcină importantă : dirijarea autoconștientă a omului în noul mediu. Eforturile pe care le face P.C.R. de a perfecționa conducerea vieții sociale, de a promova știința conducerii pe criterii științifice, potrivit cerințelor pe care le ridică astăzi evoluția societății noastre, obligă sistemul de organizare a sănătății să țină seama de problemele complexe pe care le are de soluționat în acest domeniu. Implicațiile sociale ale asimilării cuceririlor revoluției tehnico-științifice, ale adîncirii caracterului complex al economiei, cer medicinei să folosească o suplețe metodologică și de organizare, să țină seama de aspectele socio-psihologice ale sănătății și bolii, în contextul celor trei verigi organizatorice : dispensar medical, dispensar policlinic, spital.

Menirea medicinei este importantă într-o societate care încearcă să domine natura. Dezvoltarea tehnicii obligă medicina la elaborarea unor noi metode de diagnostic, la folosirea sociologiei, psihologiei, la noi instrumente de investigare a realității socio-medicale, pentru a furniza și fundamenta o serie de hotărîri.

O mai bună organizare a ansamblului de activități medicale în domeniul adresabilității, accesibilității și, în special a ameliorării tratării informațiilor ar putea îmbunătăți eficiența prestațiilor medicale.

Acest lucru a fost evidențiat deosebit de semnificativ de tovarășul Nicolae Ceaușescu la ceremonia constituirii Consiliului Sanitar Superior : „Nu trebuie să obligăm pe cetățeni să vină spre marile centre — aceasta este costisitor și dificil —, ci să apropiem asistența sanitară de toate localitățile unde se află populația ; or, la noi, mai mult de jumătate din populația țării locuiește în comune, iar asistența medicală trebuie asigurată acolo" (399). De aceea elaborarea unor măsuri cum ar fi : distribuirea rațională în teritoriu a retelei de unități medicale și a cadrelor, optimizarea asistentei medicale ambulatorii și a celei de urgență, evitarea tergiversărilor, a trimiterilor bolnavilor de la o unitate la alta, redistribuirea aparaturii medicale, pot să asigure rezolvarea deficiențelor în domeniul accesibilității.

În condițiile în care medicina devine un veritabil instrument de sensibilizare a planificatorilor economici și a conducătorilor de între-



Scanned with OKEN Scanner

prinderi, în sensul optimizării producției și igienei muncii, serviciile medicale trebuie consultate chiar în momentul în care începe conceperea și proiectarea mediului de muncă, a instalațiilor, a mașinilor, deoarece orice intervenție ulterioară ar putea fi cu mult mai puțin eficace și costisitoare.

Atenția medicinei moderne și a medicului este îndreptată asupra adaptării organismului la efort cu aspectele lui circulatorii, respiratorii, metabolice, endocrine și nervoase, legate de variate stress-uri, cărora trebuie să le facă față omul contemporan.

Studiul distribuțiilor diferențiale ale bolilor din punctul de vedere al cunoștințelor noastre cu privire la structurile profesionale, sociale, diferite stiluri de viață, mediu de muncă, raporturi familiale, opinia diferitelor grupuri sociale față de sănătate și boală, față de instituțiile medicale, furnizează indicații prețioase cu privire la natura și cauza bolilor.

Dacă în termeni patofiziologici boala are nomenclator internațional și remedii farmacologice, cunoștințele asupra ocupației și vieții sînt strict locale și individuale. De aceea, studiul modului în care bolile afectează grupele umane și studiul felului în care aceste grupe reacționează față de boală, ne pun la dispoziție un important și eficient domeniu pentru aplicarea cunoștințelor sociologice.

Sănătatea, boala, diagnosticul și tratamentul medical sînt legate de componente socio-culturale, psihosociale, în cadrul diferitelor grupuri sociale de care aparțin atît omul sănătos, cît și cel bolnav.

Trăim într-o epocă în care trebuie să se dea prioritate principiilor de medicină preventivă. Aceste principii trebuie nu numai acceptate în organizare, dar și aplicate. Medicina preventivă — în faza ei cea mai optimistă — tinde să fie „o clinică a sănătoșilor", deci un serviciu medical și nu un birou încadrat cu funcționari mînuitori ai condeiului și registrelor. Trebuie să existe mai mult interes în cercurile medicale pentru specialități preventive, cu atît mai mult cu cît se pare că există o oarecare tendință de a separa medicina preventivă de elementele medicinei curative pe teren. Această separare este însă mai mult aparentă, medicina fiind de fapt o singură specialitate indivizibilă. Principiile medicinei moderne, ca știință a celor sănătoși și bolnavi, urmăresc să-l vadă pe om în toate ipostazele lui, în întregul lui ca ființă, corespunzător gîndirii medicale.

Pentru realizarea acestui scop, sistemului ocrotirii sănătății îi revine un rol din ce în ce mai important, fiind chemat să răspundă prin structura și conținutul activităților sale, cerințelor actuale și de perspectivă ale apărării sănătății, pentru conservarea și dezvoltarea condiției de bună stare fizică, psihică și socială a membrilor societății, pentru realizarea și organizarea unui raport funcțional optim între producătorii de bunuri și condițiile lor nemijlocite de muncă și sănătate. De aceea, numeroase probleme de actualitate, printre care cele privind alimentația rațională, regimul de odihnă, timpul liber, folosirea judicioasă a timpului productiv, aspecte ale încadrării profesionale, trebuie urmărite nu numai sub unghiul semnificațiilor lor proprii, dar, în același timp, pe planul relațiilor medic-pacient și al fenomenelor de masă.

Pentru a cunoaște masa de riscuri care amenință biologia omului contemporan și pentru a cunoaște noua ecologie umană în contextul noilor indicații ale sanogenezei mediului, a noilor probleme puse de alterarea biosferei,



Scanned with OKEN Scanner

a ecosistemelor și a raportului om-mașină-mediu, sînt necesare cercetări integrate interdisciplinare.

Medicina are misiunea de a lărgi cîmpul experimental cu metode de investigare complexe, de a surprinde dinamica proceselor bio-psiho-sociale, pentru a lua decizii preventive și curative, aplicabile în cadrul instituțiilor sanitare și unităților productive.

Cercetărilor interdisciplinare le revine rolul să surprindă condiționările factorilor nocivi asupra organismului angajat în activitatea de producție și să elaboreze soluții corespunzătoare pentru profilaxie. Prin instituirea unor măsuri cu caracter preventiv la locul de muncă, prin depistarea unor afecțiuni în stadiu incipient și aplicarea unor măsuri curative corespunzătoare, se pot preîntîmpina îmbolnăvirile și accidentele de muncă, redîndu-se producției forța de muncă afectată.

Cercetarea interdisciplinară în medicină este de fapt raportarea fiecărui fenomen studiat la viața socială în totalitatea sa, examinarea diferitelor laturi ale fenomenului în cauză și a raporturilor acestuia cu întregul social.

În etapa actuală, atît practica medicală, cît și cercetarea clinică capătă un profund caracter de acțiune socială militantă. Complexitatea problemelor privind statutul actual al sănătății, ca valoare economică și socială de primă importanță pentru întreaga colectivitate, modifică atît modul de abordare, cît, mai ales, modul de rezolvare a acestora și impune necesitatea desfășurării unei activități medicale integrată interdisciplinar, care să răspundă tuturor solicitărilor.

Responsabilitatea medicului a crescut în zilele noastre, pe măsura creșterii populației, a longevității, în condițiile în care a sporit și s-a diversificat problematica cu care se confruntă medicina, sub influența marilor procese ale dezvoltării social-economice, cu întregul ansamblu al mutațiilor pe care le presupun acestea și care au schimbat din temelii ritmul și stilul de viață a milioane de oameni. Pentru a face față nevoilor crescînde de asistență medicală a populației, în condiții în care, deseori „cererea" depășește „oferta", în sensul apariției unor noi necesități cu caracter socio-medical, medicina este chemată să răspundă cu noi servicii, orientate preponderent profilactic.

Deși în țara noastră medicina are tradiții serioase în privința bolilor, în ultimul timp acțiunile preventive au fost mai puțin concretizate la un nivel global, deficiență care a fost înlăturată în cadrul creat de noua lege privind asigurarea sănătății populației.

Potrivit noii legi, practica medicală este circumscrisă politicii de dezvoltare socială în toate domeniile de activitate și constituie o formă activă de participare la realizarea obiectivelor P.C.R., pentru a contribui eficient la creșterea nivelului calității vieții materiale și spirituale, specific modului de viață socialist. Legat de aceasta, măsurile cuprinse în legea privind asigurarea sănătății populației, vizează o fundamentare complexă atît a acțiunilor de identificare a factorilor cu rol frenator pentru sănătate, de prevenire și combatere a lor, cît și a acțiunilor de evaluare a standardelor de muncă și viață, care stau la baza dezvoltării sănătății populației.

„În concordanță cu progresul tehnico-științific și cu cerințele pe care le impune evoluția societății — se subliniază în această lege — este



Scanned with OKEN Scanner

necesar ca asistența medicală a populației să se perfecționeze continuu și să asigure cele mai corespunzătoare mijloace de prevenire și combatere a îmbolnăvirilor. Cercetarea științifică medicală — factor de bază al progresului multilateral al activității de asigurare a sănătății — trebuie să fie legată din ce în ce mai strîns de om, de cunoașterea proceselor fundamentale ale vieții, de cerințele practicii medicale." *

Din acest punct de vedere, considerînd că asigurarea sănătății populației se realizează potrivit unor măsuri complexe — economice, sociale, culturale și sanitare — „integrate în planul național unic de dezvoltare economică-socială", legea evidențiază că în țara noastră sînt asigurate toate condițiile pentru ca, concomitent cu acțiunile de păstrare și întărire a sănătății, de prevenire a îmbolnăvirilor, să existe un sistem de mijloace de tratament și refacere, în scopul recuperării capacității de muncă, prelungirea duratei activității și a vieții omului.

În aplicarea politicii partidului și statului nostru în domeniul sănătății publice, organele de conducere a activității sanitare și unitățile medicale, ca organe de execuție, trebuie să contribuie la realizarea următoarelor obiective prioritare :

a) dezvoltarea continuă a sănătății populației și a capacității sale de creație materială și spirituală, condiție de bază a creșterii viguroase, fizice și intelectuale a noilor generații ;

b) asigurarea și menținerea unor condiții de igienă în mediul de viață al populației, la locul de muncă, precum și protejarea mediului înconjurător ;

c) apărarea și dezvoltarea stării de sănătate a mamei, copilului și tineretului, creșterea natalității, îmbunătățirea structurilor pe vîrste a populației ;

d) dezvoltarea și fixarea unor deprinderi sănătoase de viață și muncă, de alimentație rațională, practicarea culturii fizice, sportului și turismului ;

e) creșterea ponderii acțiunilor de profilaxie, identificarea, evaluarea și înlăturarea factorilor care acționează negativ asupra sănătății populației ;

f) organizarea și prestarea unei asistențe medicale de calitate, promptă și eficientă, pentru refacerea sănătății în timpul cel mai scurt ;

g) dezvoltarea nivelului de cultură și educație sanitară al întregii populații în scopul menținerii sănătății proprii și al combaterii unor factori favorizanți ai îmbolnăvirilor.

De aceea trebuie avute în vedere cu precădere studiul modificărilor ecologice, al influenței exercitată de condițiile de mediu asupra stării de sănătate a colectivității, cu deosebire pentru identificarea cauzelor sale specifice, pentru surprinderea corelației dintre biologic și social în ansamblul modifcărilor morbidității, în vederea stabilirii criteriilor de control și dirijarea factorilor care concură la dinamica sănătății populației.

Cercetarea socio-medicală interdisciplinară are posibilitatea să abordeze toate mediile de existență umană, pentru a depista cauzele, a identifica factorii, efectele și sensurile diferitelor procese socio-medicale, pentru a da răspuns, problemelor majore pe care le ridică sănătatea și boala în

* Legea privind asigurarea sănătății populației, Proiect, în „Scînteia" nr. 11 097 din 25 aprilie 1978.



Scanned with OKEN Scanner

condițiile civilizației. În felul acesta, medicul poate înțelege mai bine că interesele sale teoretice și practice se suprapun din ce în ce mai mult preocupărilor specialiștilor din domeniul științelor comportamentului uman.

Utilizînd o metodologie integrată, el cooperează cu sociologul, psihologul, demograful, economistul.

Pentru a-și atinge scopul, medicina preventivă trebuie să se alieze cu reprezentanții acestor științe, care pot oferi soluții în domeniul cunoașterii relațiilor funcționale între sănătate și noul mediu creat de om, în indisolubilă legătură cu structurile macro- și microsociale, cu pertinența măsurilor de ordin social.

Este necesară continuarea studiilor și cercetărilor interdisciplinare, care au ca scop investigarea posibilităților de adaptare a oamenilor la condițiile noi ale muncii, ale fluxului tehnologic, rezolvarea problemelor puse de patologia specifică a teritoriului, în legătură cu fenomenele de urbanizare, de încadrare a populației în noile coordonate ale vieții industriale, medicale. De asemenea, cercetarea trebuie să consacre studii privind factorii socio-medicali, care influențează fertilitatea, în legătură cu unele probleme ale sexualității și, în general, în legătură cu comportamentul populației față de sănătate, boală, medic, instituții medicale. Cunoscînd cît mai exact totalitatea riscurilor ce amenință biologia omului contemporan, clinicienii, sociologii, psihologii, ecologii, organizatorii de sănătate au misiunea să lărgească cîmpul experimental cu metode de investigație complexe, pentru a surprinde dinamica proceselor bio-psiho-sociale și să ia decizii preventive și curative, aplicabile instituțiilor sanitare și unităților productive.

Legarea cercetărilor medicale de necesitățile majore ale societății noastre socialiste multilateral dezvoltată, în lumina obiectivelor trasate de Congresul al XII-lea al Partidului Comunist Român, de celelalte documente de partid și de stat, va constitui astfel, o contribuție de primă importanță la aplicarea creatoare a politicii sanitare elaborată în țara noastră.

## 4.3. ROLUL MEDICINEI COLECTIVITĂȚILOR UMANE ȘI EXIGENȚELE ACTULUI MEDICAL PREVENTIV

Necesitatea cunoașterii problemelor complexe privind sănătatea și boala, cauzele și desfășurarea lor în condițiile transformărilor socio-economice din epoca noastră, în vederea instituirii celor mai eficiente acțiuni medico-sanitare, au determinat apariția unei preocupări speciale, din ce în ce mai dezvoltată, pentru sociologia medicinei.

Transformările care au avut loc în toate sectoarele de activitate, ca urmare a schimbării structurii sistemului social-economic, prin noile condiții create, au condus la o concepție nouă, socialistă, asupra dreptului la sănătate al întregii populații și la o dezvoltare deosebită a acțiunii de ocrotire a sănătății în țara noastră, prin organizarea științifică a acțiunilor legate de sănătatea publică, pe baza cercetărilor sociologice în problemele de sănătate și boală. Abordarea problematicii sociale a medicinei a căpătat în ultimul sfert de secol un caracter nou și o amploare deosebită, reflectate în organizarea cercetării aprofundate a aspectelor



Scanned with OKEN Scanner

sociale ale stării de sănătate și, totodată, în aplicarea sistematică a unui program de medicină socială și de organizare sanitară, caracterizat prin integrarea medicinei în acțiunile de dezvoltare social-economică ale societății și prin socializarea și instituționalizarea medicinei.

Lupta pentru lichidarea bolilor cu răspîndire de masă și pentru ridicarea nivelului general al sănătății publice s-a desfășurat pe un front larg, cu concursul tuturor factorilor de răspundere din stat și cu participarea populației la aplicarea măsurilor preconizate, pe baza unui program științific, în care componentele sociale ale activității medico-sanitare au fost larg împlinite.

În realizarea politicii sanitare, cercetarea sociologică a problemelor legate de sănătate și boală și a mijloacelor științifice și instituționale pentru prevenirea bolilor, pentru redarea sănătății și reintegrarea foștilor bolnavi în viața socială, a fost și este de un real folos.

Sociologia medicinei s-a dezvoltat din ce în ce mai mult în societatea contemporană, punînd în evidență influența dezvoltării economic-sociale și legată de aceasta, influența modificărilor determinate de progresul științific și social, în concepția privind condiția de bunăstare socială asupra evoluției practicii și științei medicale.

La începuturile ei, din cauza cunoștințelor reduse asupra organismului și funcționalității lui, ca și asupra factorilor care influențează starea de sănătate și de boală, medicina avea un caracter empiric, ceea ce de fapt ascundea necunoașterea cauzelor și efectelor bolilor. Ulterior, medicina își axează preocupările pe aspectele biologice, considerînd bolnavul ca organism și individ social, boala fiind privită cu efectele și cauzele ei numai din acest punct de vedere. Se ajunge astfel ca medicina să fie considerată ca știință și artă, îndeletnicire care se învață prin ucenicie.

Transformările social-economice, în dinamica lor, care au condus și la evoluția concepțiilor din medicină și sociologie, au evidențiat rolul factorilor sociali, alături de cei psiho-fizici în realizarea stării de sănătate și în producerea îmbolnăvirilor.

Progresele științifice în domeniul medicinei, biologiei, fizicii, chimiei, psihologiei și sociologiei au mărit posibilitățile de cunoaștere — pe baze științifice — a organismului omenesc, a fiziologiei și patologiei, a interrelațiilor biologice-sociale. Totodată, au permis extinderea intervenției medicinei atît în domeniul curativ, dar mai ales în cel profilactic și de recuperare, ultimele două fiind orientate spre acțiuni medico-sociale de grup și colectivitate.

În ultimul timp, concepția asupra medicinei preventive, considerată ca avînd o importantă responsabilitate în ocrotirea sănătății și în profilaxia medico-socială, a lărgit cîmpul de acțiune a actului medical, utilizînd pe lîngă acțiunile medicale complexe și măsuri educativ-profesionale și sociale mai largi.

Obiectivele medicinei — așa cum se oglindesc în Constituția țării noastre, în Directivele Congresului al XII-lea al Partidului Comunist Român și în noua lege sanitară — urmăresc ca, prin mijloace medico-sociale complexe (legislative și organizatorice), să se asigure dreptul la sănătate al populației, precum și prevenirea și restabilirea sănătății,



Scanned with OKEN Scanner

împreună cu recuperarea capacității de muncă în caz de îmbolnăvire sau invaliditate.

Realizarea acestor obiective, în afara aspectului umanitar, situat pe primul plan, permit și sprijinirea planului de dezvoltare economică și socială prin asigurarea sănătății forței de muncă.

Cuprinderea din ce în ce mai largă a populației în acțiunile de securitate socială a necesitat adaptarea funcțiilor securității sociale, dezvoltate și subordonate intereselor colectivității.

Interdependența dintre starea de sănătate și condițiile de viață și de muncă a condus în cadrul politicii sociale și economice a statului nostru la integrarea medicinei în toate procesele social-economice, în care are rol de intervenție activă, precum și în cadrul acțiunilor de securitate socială.

În acest scop, acțiunile medicale, subordonate intereselor sociale, s-au integrat în procesele social-economice care au loc în țara noastră și care influențează dezvoltarea, organizarea și funcționarea unităților sanitare. Aceste probleme sociale au determinat instituționalizarea medicinei, cu forme diferențiate teritorial și pe colectivități. De asemenea, dezvoltarea formelor de organizare sanitară a condus la ieșirea din cadrul îngust de rezolvare a problemelor de sănătate și boală prin crearea de noi profiluri și specialități medicale, în concordanță cu necesitățile medicinei socializate, în care se amplifică acțiunile profilactice și de recuperare, odată cu specializarea și perfecționarea medicinei curative și în care problemele sanitare, prin caracterul lor medico-social complex, sînt rezolvate de echipe de specialiști, formate din medici de diferite specialități, biochimiști fizicieni, psihologi, sociologi, ingineri, personal medico-sanitar etc., adică printr-o complexă muncă interdisciplinară.

Instituționalizarea medicinei în cadrul unui sistem național s-a concretizat prin organizarea de unități sanitare mari, complexe și prin dezvoltarea medicinei de grup, caracterizată prin specializarea asistenței medicale, precum și prin dezvoltarea unitară a activității preventive, curative și de recuperare în cadrul spitalului unificat.

Asistența medicală socializată, care permite trecerea de la practica medicală empirică la o asistență medicală științifică, în care diagnosticul, tratamentul și urmărirea eficienței lui se bazează pe o serie de explorări de laborator, corelate cu examinările clinice, presupune o continuă perfecționare a dotării rețelei de sănătate publică, prin aplicarea progreselor științifice și în domeniul medical. În condițiile socializării și instituționalizării medicinei este posibilă îmbunătățirea continuă a ocrotirii sănătății prin planificarea și acordarea investițiilor necesare practicării unei medicini științifice, pe baza analizei și ameliorării continue a raportului între costul asistenței medicale și eficiența investițiilor făcute.

Medicina instituționalizată are din ce în ce mai mult rolul de serviciu social public, prin creșterea accesibilității colectivității la prestația medicală și prin îmbunătățirea continuă a acestei prestații. La aceasta contribuie în mod deosebit și politica de cadre, care, pe lîngă pregătirea de medici specializați cu un înalt nivel profesional urmărește și asigurarea de cadre superioare în domeniul biologiei, chimiei, psihologiei etc., necesare pentru activitatea complexă a echipei care se ocupă de sănătatea populației. În același timp, planificarea pregătirii profesionale și distribu-



Scanned with OKEN Scanner

ției teritoriale a cadrelor medicale de toate nivelurile este depedentă de planurile de dezvoltare social-economică și administrativ-teritoriale de pe întreg cuprinsul țării, pentru acoperirea nevoilor populației în acest domeniu.

În această privință practica arată importanța repartizării cadrelor medicale și, implicit, a amplasării unităților sanitare de diferite profiluri, în raport cu problematica medico-sanitară teritorială specifică, deoarece numai criteriul repartizării — număr de medici specialiști față de număr populație — nu este suficient și poate determina o utilizare neeficientă a cadrelor medicale specializate, prin încadrarea lor în unități sanitare unde este în mai mică măsură nevoie de anumite specialități, în detrimentul altor localități, în care aceste specialități sînt strict necesare.

Din toate aceste caracteristici ale participării medicinei în desfășurarea proceselor social-economice din țara noastră, rezultă o reală contribuție a acesteia la starea de sănătate a populației, la adaptarea acesteia la procesele dinamicii sociale de ansamblu, odată cu indicarea importanței punctului de vedere social în medicină.

Pentru toate aceste motive, studiul sociologiei medicinei este de un real folos medicilor, ca și tuturor cadrelor preocupate de aspectele preventive și profilactice ale actului medical, într-o epocă în care medicina devine în sensul său cel mai deplin o medicină a grupurilor și colectivităților umane.



Scanned with OKEN Scanner

# 5.
# MEDICINA PREVENTIVĂ A COLECTIVITĂȚILOR UMANE

Îngrijirea primară a sănătății reprezintă un concept care însoțește judicios obiectivul „sănătății pentru toți în anul 2000" și constituie semnul exterior cu ajutorul căruia viitorul istoric poate să localizeze originea revoluției sanitare.

T. ADEOYE LAMBO

## 5.1. MEDICINA ȘI COLECTIVITĂȚILE UMANE

În măsura în care a progresat medicina, au progresat și punctele ei de vedere, în ceea ce privește promovarea, prevenirea, profilaxia, protecția și previziunea bolilor, paralel cu eficiența acestor acțiuni în interiorul colectivităților umane.

Schimbările de conținut ale vieții, ale medicinei și celorlalte științe ale populației și societății în ansamblu, tendințele progresului tehnico-științific, orientările actuale și cele viitoare impun prestațiilor medicale noi dimensiuni organizatorice și profesionale, flexibile și elastice, noi responsabilități sociale, medicale, conform exigențelor ce se cer pentru păstrarea sănătății colectivităților umane. Creșterea cererilor de îngrijire ale bolnavilor, acțiunile de control și protecția socio-medicală ale omului sănătos obligă din ce în ce mai mult la structurarea nevoilor, o priorităților, în raport cu resursele, în condițiile în care a sporit și s-a diversificat permanent problematica cu care se confruntă medicina sub influența marilor procese social-economice și culturale, care au schimbat din temelii viața a milioane de oameni. Aceasta imprimă noi scopuri și atribuții prestațiilor medicale, cărora societatea le acordă în prezent mandatul exercitării unor acțiuni cu caracter nemijlocit social.

În măsura în care omul contemporan se găsește integrat într-un mediu caracterizat printr-o masă mare de riscuri, îngrijirea sănătății ia un aspect de „atitudine socială", în contextul căreia trebuie create condițiile pentru a controla și proteja oamenii înainte de a fi bolnavi. Astfel trebuie să existe raporturi între evoluția tehnicilor, trebuințelor și organizarea sănătății, între realizările remarcabile ale medicinei și relația ei cu



Scanned with OKEN Scanner

individul, familia, colectivitatea, printr-o colaborare strînsă a serviciilor de control al sănătății, care trebuie să fie accesibile și prompte, și celelalte verigi de organizare ale sistemului medical.

În acest scop, medicina este chemată să răspundă *la noile nevoi,* cu *noi servicii,* orientate preponderent preventiv profilactic, pentru a satisface o gamă largă de necesități, conform particularităților progresului tehnic-economic și social, ca și exigențelor populației. Ea trebuie să acopere un complex de priceperi sociale, medicale, spirituale, care concură la dinamica sării de sănătate, pentru a preveni factorii de risc și disfuncțiile procesului demografic. Epoca pe care o trăim, cu profundele ei transformări, trebuie să acorde prioritate principiilor de medicină preventivă (ale promovării active a sănătății), căreia îi sînt rezervate importante misiuni din punct de vedere umanitar (prevenirea și eliminarea suferinței) și social-economic (limitarea absenteismului în muncă, sporirea randamentului activității profesionale etc.). *Aceste principii* trebuie nu numai *acceptate,* dar și *aplicate* în mod corespunzător, pregătind totodată terenul spiritual în vederea cîștigării adeziunii medicilor. S-ar putea crede că nu mai există acțiuni problematice în domeniul medicinei preventive, deoarece căile care duc la succes și eficacitate par să fie pe deplin cunoscute. Viitorul îi rezervă însă acestei științe o misiune socială deosebit de importantă.

Într-o vreme se insista foarte mult asupra analizei problemelor, bazată prioritar pe cunoașterea datelor statistice. Astăzi ne interesează și prima, dar mai ales a doua latură a problemei, sinteza, o completare mai concisă a analizei și care oferă o imagine globală, dinamică a tuturor rezultatelor cercetărilor în domeniul medical.

În decursul timpului s-a dezvoltat în medicină o concepție sintetică, de natură hipocratică, ce s-a bucurat și se bucură de un mare prestigiu, deoarece nu a separat bolile de organism, spre deosebire de concepția analitică, ce separa bolile între ele, considerîndu-le entități de sine stătătoare și cu totul independente de reacțiile organismului.

Medicina analitică are multe avantaje din punct de vedere practic, fiind ușor aplicabilă, dar are și neajunsul că se desparte de întreg, putîndu-se preta ușor la erori.

În prezent nu mai există doctrine intangibile care să domine întreaga medicină. Există, în schimb, numeroase teorii și informații care exercită o acțiune dominantă și o mare influență în centrele medicale și în societățile medicale internaționale din lume.

Medicina contemporană, datorită progreselor sale spectaculare, este confruntată în prezent cu probleme care cu o generație în urmă erau încă imprevizibile.

Se înmulțesc specialitățile și se diferențiază pregătirea profesională a celor care lucrează în lumea medicală, cercetările științifice și informațiile se amplifică într-un ritm rapid și, desigur, nu este deloc ușor pentru medic să-și însușească toate informațiile necesare. În momentul de față, în cele peste 50 de specialități medicale se tinde să se dezvolte atît spiritul sintetic, cît și cel analitic.

Referindu-se la tendințele de „hiperspecializare", Marin Voiculescu considera că aceasta a creat „fisuri importante în responsabilitatea medicală", în condițiile în care „fiecare specialist răspunde de organul pe



Scanned with OKEN Scanner

care îl cunoaşte" şi ignoră organismul ca întreg (386). M. Pflanz vorbea în acest sens de un „mit al specializării", care domină puternic publicul (14). Pe măsură ce se diferenţiază, sistemul medical se fragmentează, adică pe măsură ce se adînceşte diviziunea muncii medicale, se pune problema integrării analizelor din ce în ce mai stricte şi mai numeroase. Această diviziune a muncii nu garantează automat că bolnavul va beneficia de ea, pentru o serie de motive : cu cît cresc specialităţile şi ultraspecialităţile medicale, cu cît sistemul medical devine mai complicat, cresc şi şansele de erori, de comunicaţii eronate şi incomplete, iar personalul medical devine mai eterogen (120). Cînd mai multe persoane, de specialităţi diferite, participă la îngrijirea unui bolnav, responsabilitatea fiecăruia în parte scade.

Între „ştiinţele exacte" (mecanica, fizica, astronomia, matematica) şi „ştiinţele biologice", doar aproximativ exacte, există deosebiri. În ştiinţele exacte se merge de la simplu la complex, pe cînd în ştiinţele biologice se merge de la complex la simplu. În ştiinţele exacte cunoscutul este detaliul, necunoscutul este ansamblul ; în ştiinţele biologice cunoscutul reprezintă ansamblul, iar detaliul este necunoscut. În ştiinţele exacte metoda logică de studiu este mai mult inductivă, sintetică, pe cînd în ştiinţele biologice şi în medicină metoda logică este mai mult deductivă, deci analitică. În biologie, un fenomen este condiţionat de o multiplicitate de factori, dintre care unii sînt măsurabili, alţii aproximativ măsurabili, iar alţii necunoscuţi şi enigmatici.

Experienţa în medicină trebuie interpretată în cadrul fenomenelor biologice. De exemplu, pe baza raţionamentului inductiv s-a crezut că descoperirea insulinei a rezolvat chestiunea diabetului. Diabeticii nu se vindecă, dar controlaţi şi trataţi la timp, pot să ducă o viaţă îndelungată şi echilibrată.

Ceea ce a dominat totdeauna medicina a fost simţul clinic, care reprezintă în fond spiritul de „sinteză" şi „fineţe" al ştiinţei medicale. Astăzi însă, medicina are tendinţa să fie dominată de spiritul eminamente analitic, introdus în medicină prin cercetările experimentale, prin explorările de laborator care, în esenţa lor, sînt analitice. În biologie nu se pot aplica însă aceleaşi metode de raţionament ca în ştiinţele exacte. Spiritul analitic împins prea departe dă naştere la exagerări regretabile, ca şi spiritul sintetic exagerat Ar însemna grabă şi superficialitate încercarea de a explica unele tulburări clinice numai pe baza cercetărilor de laborator. În marea lor majoritate, clinicienii se servesc de acestea, dar nu uită niciodată că examenul clinic este cel care primează ; ei nu-şi declină ştiinţa în faţa unui buletin de analize.

În medicină unde contrazicerile sînt multiple, iar modificările teoriilor atît de frecvente, trebuie să ne ferim să considerăm anumite probleme indiscutabile.

De multe ori există tendinţa de a crede — şi aceasta s-a întîmplat în toate epocile — că în ultimii ani medicina a făcut progrese imense, iar pe de altă parte, că orice metodă de tratament care nu este modernă trebuie să fie considerată veche şi perimată. Unele adevăruri prezente astăzi în medicină nu pot fi considerate ca precis demonstrate, după cum nici cele trecute nu pot fi considerate categoric greşite.



Scanned with OKEN Scanner

Există în prezent un decalaj între „minunile" realizate de această știință și lipsa de legătură dintre medic, omul sănătos, cel bolnav sau grav bolnav.

Creșterea specializării, a ultraspecializării, pare că lasă bolnavul suspendat într-un adevărat „vid" (46). „În sistemul contemporan de terapie nu este prevăzut un loc în care omul bolnav să se afle «față în față» cu apărătorul specializat al intereselor lui integrale bio-psiho-sociale..." (126). Chombart de Lauwe considera că o caracteristică a prezentului este lipsa de armonie dintre evoluția trebuințelor medicale și cea a tehnicilor (118).

Noile tehnologii și metodologii au creat o stare de diferențiere internă și specializare și în medicină, generînd unele tehnici profesionale fără mecanisme corespunzătoare de integrare.

Modelul de îngrijire medicală se orientează în prezent spre integrarea actului medical într-o viziune sintetică, bio-psiho-socială. Se manifestă, însă, cel puțin pentru o anumită perioadă, o contradicție specifică între importanța acordată problemelor organizării sănătății publice și structura activităților medicale, modelată mai mult în funcție de exigențele prezente decît de cele viitoare.

Sistemul medical se află într-un proces de creștere accentuată și de diferențiere internă, trecînd de la o stare funcțională simplă la una complexă, în care asimilează noi obiective sociale. Sistemul de îngrijire a ajuns la o mare complexitate și dimensiune, pentru care nu există încă modele corespunzătoare.

Într-o serie de țări au apărut organe inovatoare, chiar *„laboratoare de idei"*, în care cele mai bune sugestii științifice pot fi traduse în viață. Factorilor de decizie li se cere ca, în afară de încurajarea inovațiilor, să desfășoare și o muncă de supraveghere diferențiată și control eficace ale aplicării lor.

În acest scop, pentru a face față nevoilor crescute de asistență medicală, a apărut necesitatea perfecționării modelului instituțional al îngrijirii medicale, prin atribuirea de noi responsabilități în cadrul unor centre de decizie : *centre de îngrijire a sănătății, centre de îngrijire a bolii, centre de diagnostic și tratament superspecializat* (schema nr. II).

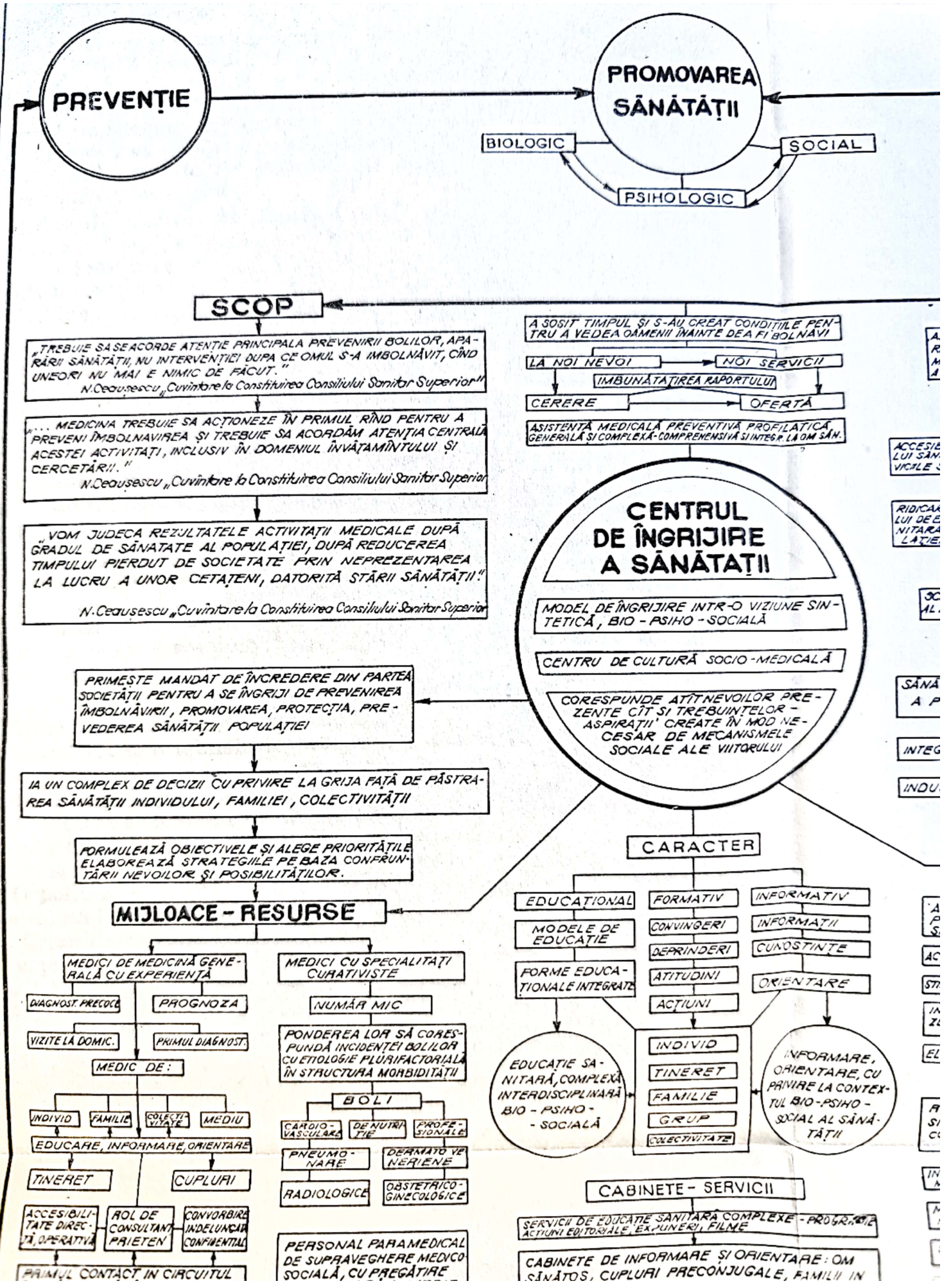
Mutațiile în relațiile medic-om sănătos-om bolnav cer din ce în ce mai mult coordonarea acțiunilor sanitare prin responsabilități la nivelul diferitelor verigi organizatorice, flexibile în ceea ce privesc etapele prin care trece circuitul căutării însănătoșirii.

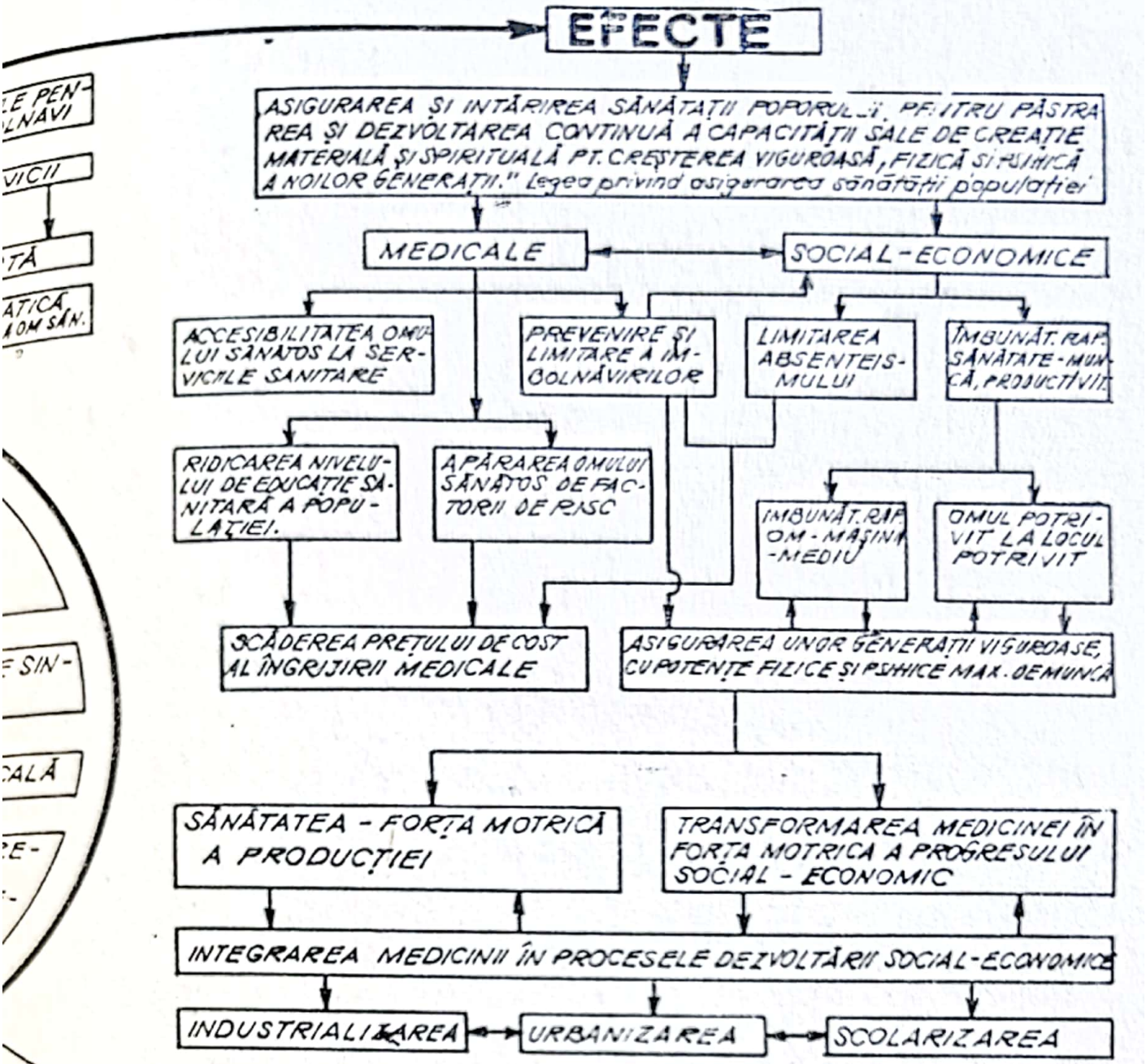
Ansamblul structural medical funcționează ca întreg și orice perturbare a unui element poate afecta acțiunile preventive, terapeutice, de recuperare, relațiile între medic și bolnav, precum și aspirațiile legitime ale cetățeanului în legătură cu dreptul la sănătate și dorința de a fi bine îngrijit. Este important să se stabilească relația dintre acest scop și celelalte scopuri ale subsistemului medical, în contextul integrării structurale a îngrijirii sănătății în sistemul general de „îngrijire" a bunei stări sociale, cu atît mai mult cu cît toate componentele bunăstării generale nu sînt independente sau autonome, ci se condiționează reciproc.

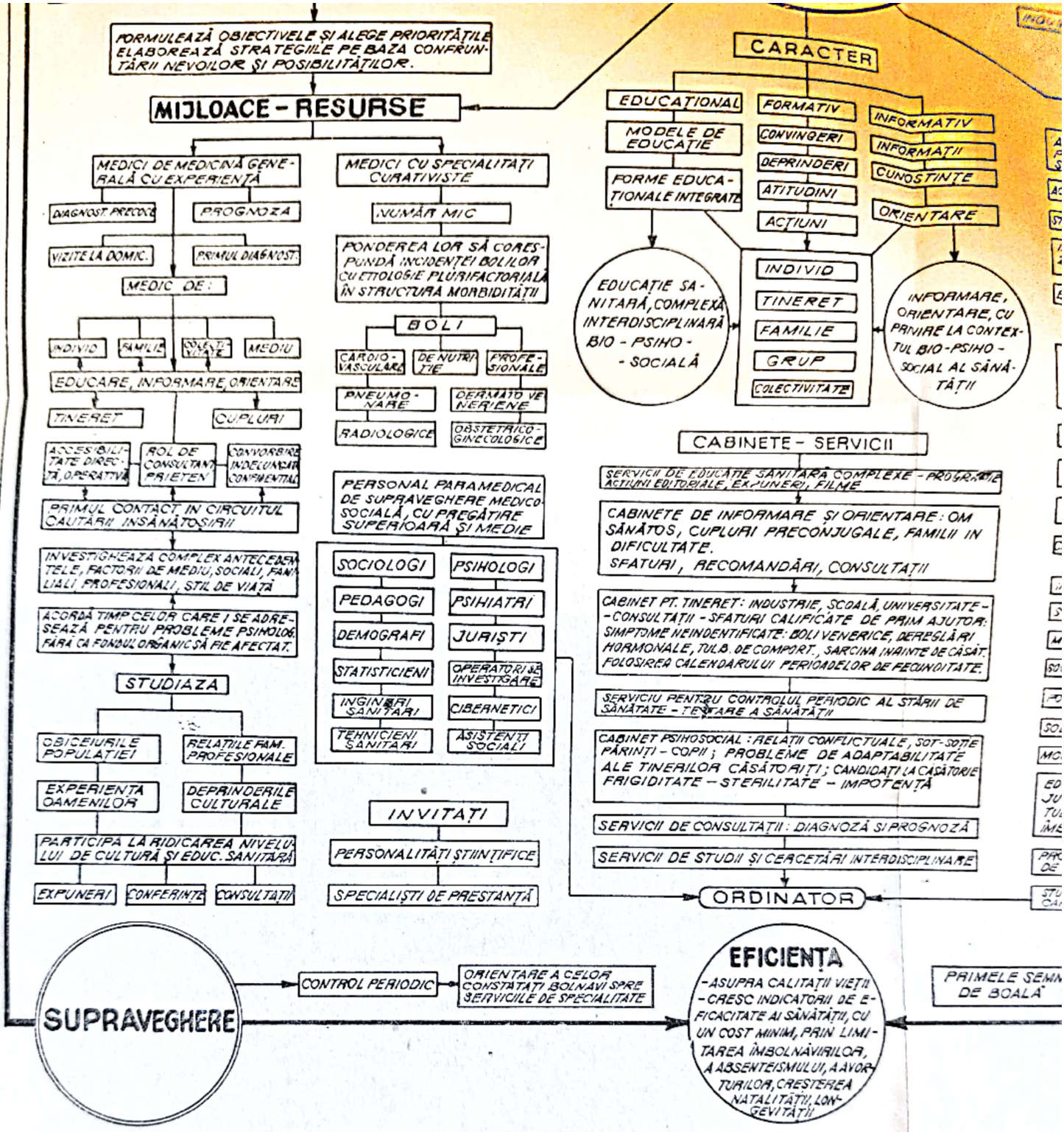
*Medicina a suferit o evoluție considerabilă. Ea nu urmărește numai vindecarea, ci are noi obiective : să procure oamenilor un confort cît mai bun posibil în domeniul fizic, psihic și social.*



Scanned with OKEN Scanner


PREVENȚIE
PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII
BIOLOGIC
SOCIAL
PSIHOLOGIC
SCOP
„TREBUIE SĂ SE ACORDE ATENȚIE PRINCIPALĂ PREVENIRII BOLILOR, APĂRĂRII SĂNĂTĂȚII, NU INTERVENȚIEI DUPĂ CE OMUL S-A IMBOLNĂVIT, CÎND UNEORI NU MAI E NIMIC DE FĂCUT."
N. Ceaușescu „Cuvîntare la Constituirea Consiliului Sanitar Superior"
„... MEDICINA TREBUIE SĂ ACȚIONEZE ÎN PRIMUL RÎND PENTRU A PREVENI ÎMBOLNĂVIREA ȘI TREBUIE SĂ ACORDĂM ATENȚIA CENTRALĂ ACESTEI ACTIVITĂȚI, INCLUSIV ÎN DOMENIUL ÎNVĂȚĂMÎNTULUI ȘI CERCETĂRII."
N. Ceaușescu „Cuvîntare la Constituirea Consiliului Sanitar Superior
„VOM JUDECA REZULTATELE ACTIVITĂȚII MEDICALE DUPĂ GRADUL DE SĂNĂTATE AL POPULAȚIEI, DUPĂ REDUCEREA TIMPULUI PIERDUT DE SOCIETATE PRIN NEPREZENTAREA LA LUCRU A UNOR CETĂȚENI, DATORITĂ STĂRII SĂNĂTĂȚII."
N. Ceaușescu „Cuvîntare la Constituirea Consiliului Sanitar Superior
A SOSIT TIMPUL ȘI S-AU CREAT CONDIȚIILE PENTRU A VEDEA OAMENII ÎNAINTE DE A FI BOLNAVI
LA NOI NEVOI
NOI SERVICII
ÎMBUNĂTĂȚIREA RAPORTULUI
CERERE
OFERTĂ
ASISTENȚĂ MEDICALĂ PREVENTIVĂ PROFILACTICĂ GENERALĂ ȘI COMPLEXĂ-COMPREHENSIVĂ ȘI INTEGR. LA OM SĂN.
CENTRUL DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII
MODEL DE ÎNGRIJIRE INTR-O VIZIUNE SINTETICĂ, BIO - PSIHO - SOCIALĂ
CENTRU DE CULTURĂ SOCIO-MEDICALĂ
CORESPUNDE ATÎT NEVOILOR PREZENTE CÎT ȘI TREBUINȚELOR - ASPIRAȚII CREATE ÎN MOD NECESAR DE MECANISMELE SOCIALE ALE VIITORULUI
PRIMEȘTE MANDAT DE ÎNCREDERE DIN PARTEA SOCIETĂȚII PENTRU A SE ÎNGRIJI DE PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRII, PROMOVAREA, PROTECȚIA, PREVEDEREA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI
IA UN COMPLEX DE DECIZII CU PRIVIRE LA GRIJA FAȚĂ DE PĂSTRAREA SĂNĂTĂȚII INDIVIDULUI, FAMILIEI, COLECTIVITĂȚII
FORMULEAZĂ OBIECTIVELE ȘI ALEGE PRIORITĂȚILE ELABOREAZĂ STRATEGIILE PE BAZA CONFRUNTĂRII NEVOILOR ȘI POSIBILITĂȚILOR.
MIJLOACE - RESURSE
MEDICI DE MEDICINĂ GENERALĂ CU EXPERIENȚĂ
DIAGNOST. PRECOCE
PROGNOZA
VIZITE LA DOMIC.
PRIMUL DIAGNOST.
MEDIC DE:
INDIVID
FAMILIE
COLECTIVITATE
MEDIU
EDUCARE, INFORMARE, ORIENTARE
TINERET
CUPLURI
ACCESIBILITATE DIRECȚIONATĂ, OPERATIVĂ
ROL DE CONSULTANT PRIETEN
CONVORBIRE INDELUNGATĂ CONFIDENȚIALĂ
PRIMUL CONTACT ÎN CIRCUITUL
MEDICI CU SPECIALITĂȚI CURATIVISTE
NUMĂR MIC
PONDEREA LOR SĂ CORESPUNDĂ INCIDENȚEI BOLILOR CU ETIOLOGIE PLURIFACTORIALĂ ÎN STRUCTURA MORBIDITĂȚII
BOLI
CARDIO-VASCULARE
DE NUTRIȚIE
PROFESIONALE
PNEUMONARE
DERMATO VENERIENE
RADIOLOGICE
OBSTETRICO-GINECOLOGICE
PERSONAL PARAMEDICAL DE SUPRAVEGHERE MEDICO-SOCIALĂ, CU PREGĂTIRE
CARACTER
EDUCAȚIONAL
FORMATIV
INFORMATIV
MODELE DE EDUCAȚIE
CONVINGERI
INFORMAȚII
FORME EDUCAȚIONALE INTEGRATE
DEPRINDERI
CUNOȘTINȚE
ATITUDINI
ORIENTARE
ACȚIUNI
EDUCAȚIE SANITARĂ, COMPLEXĂ INTERDISCIPLINARĂ BIO - PSIHO - SOCIALĂ
INDIVID
TINERET
FAMILIE
GRUP
COLECTIVITATE
INFORMARE, ORIENTARE, CU PRIVIRE LA CONTEXTUL BIO-PSIHO-SOCIAL AL SĂNĂTĂȚII
CABINETE - SERVICII
SERVICII DE EDUCAȚIE SANITARĂ COMPLEXE - PROGRAME
ACȚIUNI EDITORIALE, EXPUNERI, FILME
CABINETE DE INFORMARE ȘI ORIENTARE: OM SĂNĂTOS, CUPLURI PRECONJUGALE, FAMILII ÎN

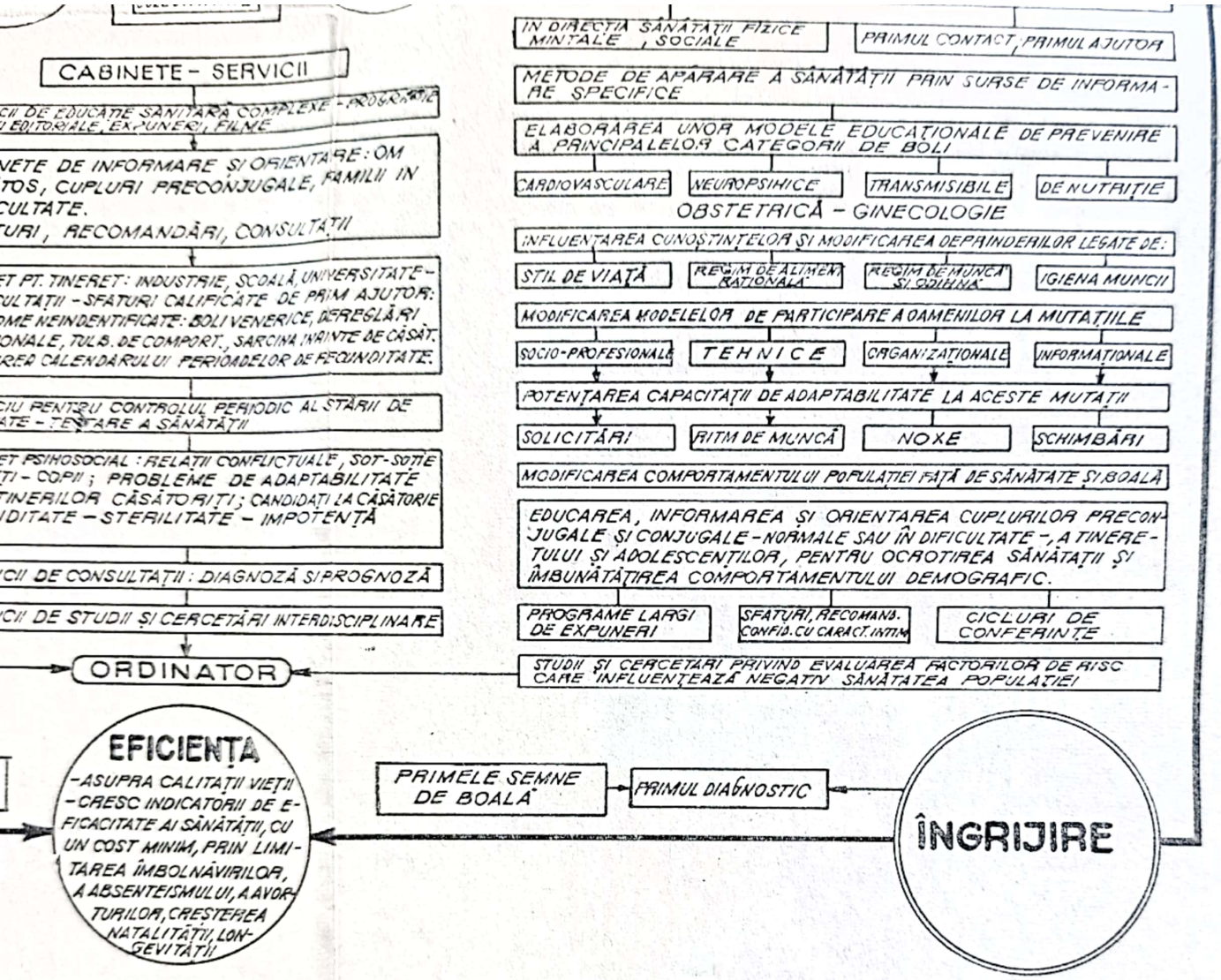

EFECTE
ASIGURAREA ȘI ÎNTĂRIREA SĂNĂTĂȚII POPORULUI, PENTRU PĂSTRAREA ȘI DEZVOLTAREA CONTINUĂ A CAPACITĂȚII SALE DE CREAȚIE MATERIALĂ ȘI SPIRITUALĂ PT. CREȘTEREA VIGUROASĂ, FIZICĂ ȘI PSIHICĂ A NOILOR GENERAȚII." Legea privind asigurarea sănătății populației
MEDICALE
SOCIAL-ECONOMICE
ACCESIBILITATEA OMULUI SĂNĂTOS LA SERVICIILE SANITARE
PREVENIREA ȘI LIMITAREA ÎMBOLNĂVIRILOR
LIMITAREA ABSENTEISMULUI
ÎMBUNĂT. RAP. SĂNĂTATE-MUNCĂ, PRODUCTIVIT.
RIDICAREA NIVELULUI DE EDUCAȚIE SANITARĂ A POPULAȚIEI.
APĂRAREA OMULUI SĂNĂTOS DE FACTORII DE RISC
ÎMBUNĂT. RAP. OM-MAȘINĂ-MEDIU
OMUL POTRIVIT LA LOCUL POTRIVIT
SCĂDEREA PREȚULUI DE COST AL ÎNGRIJIRII MEDICALE
ASIGURAREA UNOR GENERAȚII VIGUROASE, CU POTENȚE FIZICE ȘI PSIHICE MAX. DE MUNCĂ
SĂNĂTATEA - FORȚA MOTRICĂ A PRODUCȚIEI
TRANSFORMAREA MEDICINEI ÎN FORȚA MOTRICĂ A PROGRESULUI SOCIAL - ECONOMIC
INTEGRAREA MEDICINII ÎN PROCESELE DEZVOLTĂRII SOCIAL-ECONOMICE
INDUSTRIALIZAREA
URBANIZAREA
SCOLARIZAREA
ACȚIUNI
ACȚIUNI PREVENTIVE, PROFILACTICE, DE APĂRARE A SĂNĂTĂȚII, PREVENIREA ÎMBOLNĂVIRILOR, REABILITARE, RECUPERARE ȘI REINSERȚIE SOCIALĂ
ACȚIUNI DE ELIMINARE A FACTORILOR DE RISC CE AMENINȚĂ SĂNĂTATEA
STIL DE MUNCĂ, DE VIAȚĂ
DE MEDIU
PROFESIONALI
INSTITUIREA OBLIGATIVITĂȚII FIECĂRUI CETĂȚEAN DE A SE PREZENTA PERIODIC PENTRU CONTROLUL STĂRII DE SĂNĂTATE A ÎNTREGULUI ORGANISM
ELIBERAREA DOCUMENTELOR ASUPRA STĂRII DE SĂNĂTATE
CARNETUL DE SĂNĂTATE LA PURTĂTOR
REALIZEAZĂ EDUCAȚIA SANITARĂ GENERALĂ, INFORMAREA ȘI ORIENTAREA POPULAȚIEI PENTRU A O FACE APTĂ SĂ COOPEREZE LA MENȚINEREA PROPRIEI SĂNĂTĂȚI A FAMI-




## Explicație:

CENTRUL DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII PERMITE FIECĂRUI INDIVID, FAMILIE, COLECTIVITATE, SĂ ATINGĂ CEL MA FIZICĂ, MINTALĂ ȘI SOCIALA) ȘI O LONGEVITATE REZONABILĂ ÎN ACORD CU CUNOȘTINȚELE ACTUALE ȘI RES DIALOG CONSTANT CU PUBLICUL, PRIN COMUNICARE DIRECTA ȘI PROGRAME DE SUPRAVEGHERE ȘI MENȚINERE DIȚIONEAZA DEZVOLTAREA UNUI MECANISM SOCIAL CARE ASIGURĂ PREVENIREA BOLII, PRELUNGIREA VIEȚII, PROMO SOLIDARE CU ACȚIUNILE MEDICO-SANITARE - EVITA PARALELISMELE, ELIMINĂ CHELTUIELILE INUTILE, IMPROVIZAȚIILE ÎN DOMEI MEDICINA CURATIVA ȘI INTRODUCE PUNCTUL DE VEDERE ECONOMIC AL EFICIENȚEI ȘI AL SCĂDERII PREȚULUI DE COST. AVÎND EXISTĂ, AVEM APROAPE TOT ATITEA SECȚII ȘI ADMINISTRAȚII, SE IMPUNE CU NECESITATE CREAREA UNUI CENTRU DE ÎNGRI SE REALIZEAZĂ INTEGRAREA STRUCTURALĂ A ÎNGRIJIRII SĂNĂTĂȚII IN SISTEMUL GENERAL DE „ÎNGRIJIRE" A BUNEI STĂRI Ș ȚEANULUI DESPRE DREPTUL LA SĂNĂTATE ȘI DORINȚEI DE A FI BINE ÎNGRIJIT. CREAREA ACESTUI CENTRU AR TRADUCE ÎN SANITARE, ÎN CEEACE PRIVEȘTE - PROMOVAREA, PREVENIREA, PROTECȚIA PROFILAXIE, PREVEDEREA SĂNĂTĂȚII - CUP

Scanned with OKEN Scanner




..., FAMILIE, COLECTIVITATE, SĂ ATINGĂ CEL MAI ÎNALT GRAD DE SĂNĂTATE POSIBIL (BUNĂ STARE
... ÎN ACORD CU CUNOȘTINȚELE ACTUALE ȘI RESURSELE DISPONIBILE. ACESTE CENTRE ÎNTREȚIN
...ȘI PROGRAME DE SUPRAVEGHERE ȘI MENȚINERE A SĂNĂTĂȚII. CENTRUL DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII CON-
... PREVENIREA BOLII, PRELUNGIREA VIEȚII, PROMOVAREA SANATĂȚII ȘI FACE ACȚIUNILE COLECTIVITĂȚILOR UMANE
...INĂ CHELTUIELILE INUTILE, IMPROVIZAȚIILE ÎN DOMENIUL MEDICINII PREVENTIVE - DEZVOLTĂ COOPERAREA CU
...FICIENȚEI ȘI AL SCĂDERII PREȚULUI DE COST. AVÎND ÎN VEDERE CA PENTRU CÎTE BOLI ALE ORGANISMULUI UMAN
... CU NECESITATE CREAREA UNUI CENTRU DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII - CA FOR TEORETIC, PRACTIC ȘI METODOLOGIC.
... SISTEMUL GENERAL DE „ÎNGRIJIRE" A BUNEI STĂRI SOCIALE, RĂSPUNZÎND ASTFEL ASPIRAȚIILOR LEGITIME ALE CETĂ-
...IJIT. CREAREA ACESTUI CENTRU AR TRADUCE ÎN VIAȚĂ PRINCIPIILE DIRECTOARE ALE POLITICII NOASTRE
...ECȚIA PROFILAXIE, PREVEDEREA SĂNĂTĂȚII - CUPRINSE ÎN DOCUMENTELE DE PARTID ȘI DE STAT.

Scanned with OKEN Scanner

*Bunăstarea fizică, psihică, socială a colectivității este recunoscută în orice societate ca unul dintre principalii factori ai ordinii sociale și economice.*

Dreptul fiecărui individ la sănătate pune medicina modernă în fața unor răspunderi crescute.

Medicina care supraveghează și comandă o lume biologic-socială extrem de variată, interesată în menținerea și promovarea sănătății, este obligată să ia decizii calculate și nu intuitive în legătură cu alternativele cu care este confruntată. În timp ce tehnologia medicală oferă zilnic noi descoperiri importante, organizarea medicinei a evoluat lent în decursul anilor. Promovarea sănătății, promovarea socială, protecția și eficiența îngrijirii bolilor sînt legate prioritar de organizare, care permite utilizarea rațională a resurselor.

Liniile de comunicație deschise între *cei care iau deciziile* și *cei care le execută* pot facilita eforturile de coordonare pentru crearea unor sisteme de informare exactă a personalului medical și a populației. În sistemul de îngrijire a sănătății este absolut necesar să circule, cît se poate de bine sintetizate : a) informațiile primite de la sistemul de cercetare ; b) informațiile primite de la sistemul de învățămînt și educație ; c) informațiile privind cele mai noi concepții și metode de cercetare eficiente. Depozitarea acestor informații devine o proprietate structurală a sistemului, în ansamblu, care permite răspunsuri prompte la necesități noi. Toate aceste informații sintetizate, corespunzător devin norme și valori în acțiune, raportate la etica și legislația medicală.

*Interesul empiric sanitar este necesar să fie înlocuit cu interesul politic sanitar.* Faptul politic presupune dinamism, opțiune, previziune pe termene scurte sau lungi, ca și o sinteză a valorilor și posibilităților de acțiune. Faptul empiric pleacă de la situații „date" și descrie soluțiile de la o zi la alta.

În politica sanitară se admite existența unor componente esențiale : *cei care consumă* (folosesc), *cei care oferă* serviciile lor și instituțiile care structurează relațiile acestora. Între „consumator" și instituțiile care oferă aceste servicii se intercalează modele corespunzătoare necesităților și exigențelor populației, nevoilor prezente, ca și trebuințelor-aspirații viitoare.

Se dezvoltă astfel un sistem de îngrijire flexibil, elastic și adaptabil la noile condiții și o tehnologie integrată într-o teorie creatoare, conform realităților socio-medicale ale „management-ului" sanitar. Transformările care au loc nu trebuie să fie o cotitură spre o nouă stare de inerție, ci trebuie să ofere sistemului medical o flexibilitate suficientă ale cărei condiții sînt : capacitatea de a privi înainte ; capacitatea de a lua atitudine ; capacitatea de a inova ; capacitatea de a schimba.

O politică a sănătății nu poate fi decît rodul unei „armonii" sau compatibilității elaborată între *obiective* și *mijloace, urgente și importanță*. Criteriile pe care se bazează deciziile care vor angaja viitorul medicinei cuprind multiple probleme, concepții, metodologii, fonduri, resurse, cadre, tehnologii. Conceptul de apărare a sănătății și cel de boală își lărgesc continuu conținutul, datorită concepțiilor social-economice și, totodată, prin includerea progreselor științifice în domeniile tehnice și biologice.



Scanned with OKEN Scanner

Sistemul medical asimilînd noi cuceriri ale tehnicii, devine din ce în ce mai bine echipat și specializat profesional. Cu cît sînt mai costisitoare echipamentele și tehnologiile medicale, cu atît apare mai importantă folosirea rațională a resurselor materiale și grija pentru utilizarea lor cît mai judicioasă, ceea ce duce la scăderea costului îngrijirii.

Boala antrenează pierderi economice și creează, totodată, o presiune a opiniei publice asupra serviciilor de sănătate. Serviciile specializate și superspecializate sînt absolut necesare, dar devin costisitoare și sînt oferite ca un produs rar. Noțiunea de calitate a serviciilor sanitare cuprinde și capacitatea de a obține o eficacitate maximă cu un cost minim al îngrijirii, prin reducerea cheltuielilor și eliminarea eșecurilor pe care le antrenează boala. Dirijarea optimă a schimbărilor și gospodărirea rațională a resurselor materiale și financiare cuprind : a) *aspecte ideologice* (delimitarea scopurilor pentru a servi idealul societății în domeniul menținerii și dezvoltării sănătății, prin aplicarea a diverse sisteme de valori) ; b) *aspecte tehnice* (mijloace cit mai eficiente de acțiune) ; c) *aspecte organizatorice și politice.*

În raport cu aceste aspecte, sistemul de îngrijire a sănătății, pe lîngă prevenirea bolilor, incapacității și promovarea sănătății (o sarcină relativ mai nouă și mai greu de definit), are de îndeplinit și sarcina esențială a *dirijării autoconștiente a evoluției omului în noul mediu creat.* Pentru aceasta factorii de decizie trebuie să asimileze în mod intrinsec simțul realității și al posibilității, ultimul putînd fi definit drept capacitatea de a gîndi cum ar putea fiecare lucru „să fie mai bine într-un mod diferit". Politica sanitară trebuie să dispună de instrumentul corespunzător pentru a cerceta totalitatea intereselor generale pe termen lung, instrument cu ajutorul căruia se poate ține mai bine sub control punctul de vedere profesional adoptat pînă în prezent fără discernămînt în domeniul acestor interese.

Introducerea în problematica medicală și organizatorică a metodelor de cercetare ale sociologiei medicinei corespunde pe deplin acestor exigențe.

Dezvoltarea atitudinii analitice sociologice în cercetările privind serviciul medico-sanitar va fi utilă pentru medici, deoarece va contribui la ținerea în evidență a fenomenelor sau trăsăturilor greu de constatat ale acesteia. Un asemenea material va da impuls revizuirii actualelor valori, va ușura ieșirea din cercul închis de opinii, păreri și atitudini ale unei grupe profesionale omogene. Aceasta va contribui, se pare, la formarea unei concepții multilaterale asupra structurii complexe a fenomenelor cercetate și deci la îmbogățirea formelor, metodelor și modului de comportament.

Prin locul pe care îl deține ca om de știință, educator, muncitor social gata să coopereze în echipă, prieten și conducător, medicul trebuie să dirijeze toate eforturile spre prevenirea bolii și să devină terapeut cînd eforturile anterioare au eșuat. A sosit timpul ca medicul să vadă oamenii înainte de a fi bolnavi și să-i sfătuiască cum să-și mențină sănătatea prin activități neîntrerupte, prin muncă, control periodic, educație sanitară, recreare, educație fizică etc.

În țări puternic industrializate se constată că ritmul creșterii costului spitalizării și al consumului medical pe ansamblu este mai mare



Scanned with OKEN Scanner

decît cel al altor tipuri de consum, în timp ce ritmul de creștere a speranței de viață și de scădere a mortalității este în curs de scădere. Politica sanitară este nevoită în prezent să țină seama de faptul obiectiv că este mult mai eficient și mai puțin costisitor, să previi boala decît să o tratezi.

O îngrijire a sănătății în cadrul medicinei integrate, bine organizată și eficace poate să aducă o contribuție importantă la economia țării și, firește, la îmbunătățirea raportului dintre sănătate — muncă — productivitate.

Prin supravegherea și îngrijirea omului sănătos, costurile medicale ar scădea, s-ar limita absenteismul, consumul de medicamente și ar crește randamentul în muncă.

În felul acesta medicina preventivă ar putea fi supusă unui plan de eficacitate pentru a se putea evalua randamentul ei economic și a elimina pierderile economice pe care le antrenează boala, rambursînd astfel colectivității — prin economiile realizate — costul îngrijirilor, timpul de muncă și viețile de oameni salvate.

Medicina a devenit o instituție socială care se confruntă cu probleme de sănătate ale omului în ambianța mediului de muncă, viață, conviețuire, adică cu mediul lui social nemijlocit.

În prezent, *omul modern* își sporește fără încetare cunoștințele asupra mediului înconjurător, fiind permanent *într-o continuă mișcare* din punct de vedere *geografic, social și intelectual,* cum n-a fost niciodată în epocile anterioare. Sănătatea este o necesitate a sistemului social și obligația medicului este să mențină capacitatea populației la nivel superior, pentru a asigura îndeplinirea sarcinilor sociale fundamentale.

În virtutea acestui fapt, activitatea instituțiilor medicale, îndreptată spre păstrarea și promovarea sănătății trebuie ea însăși analizată ca un factor real al progresului economic și social, „reproducția sănătății", a forței de muncă sănătoasă constituind un factor important al funcționării eficace a producției și societății.

Îngrijirea sănătății va prezenta din ce în ce mai mult în viitor caracterul unei munci de echipă, ceea ce va depăși evident cadrul profesiunii medicale, care va fi redefinită într-o manieră mai puțin individuală și mai mult colectivă, în interiorul structurii organizatorice medicale.

Medicina nu poate fi concepută ca un singular mod de raportare la factori exclusivi biologici, ci impune considerări pluraliste ale unei perspective sociale mai largi. Standardele sănătății nu se pot măsura numai cu balanțele medicale.

Înțelegerea reală a dramei omului bolnav nu poate fi rezolvată exclusiv printr-o medicație și un concediu. O asemenea rezolvare ignoră sociologia procesului de îmbolnăvire și nu poate avea decît o eficiență mediocră și o contribuție indirectă la cronicizare.

Codul eticii medicului prevede mai multe roluri și îndatoriri, dar în toate prevederile deontologice, pe primul plan apar ca inviolabile păstrarea sănătății, prevenirea imbolnăvirii, apoi tratarea. Ideologia profesiunii de medic deține un rol de neînlocuit în societate, apărarea omului sănătos.

Relația dintre sănătate și societate apare ca un indicator important al aprecierii bunăstării generale, iar progresul economic implică progresul stării de sănătate. Ceea ce determină etica medicală este un ideal medical



Scanned with OKEN Scanner

precis, un ideal dat de societatea pe care o servește medicul.

Migrația aspectelor sociale peste teritoriul științei medicale impune alianțe interdisciplinare și responsabilități medico-sociale în legătură cu starea de sănătate a populației.

Orientarea medicinei către problematica socială de organizare cere din ce în ce mai mult adoptarea unei perspective sociologice asupra noțiunilor colective de sănătate și boală.

Condițiile sociale psihologice cum ar fi : motivația, rolurile sociale, nivelul de cultură, personalitatea, profesia, mobilitatea, factorii de situație, natura stilului de consum cultural sint la fel de importante ca și factorii genetici și mecanismele de imunizare și pot oferi modalități programatice, strategice, calculate în legătură cu realitățile cu care este confruntată sănătatea și boala în condițiile civilizației contemporane. Măsurile de asigurare a sănătății nu trebuie elaborate spontan, lăsînd frîu liber improvizației, ci trebuie dirijate de un sistem organizat, centralizat, cu o perspectivă largă a randamentului medical, asupra minimei suferințe a oamenilor muncii și a economiei resurselor în timp și bani.

Politica sanitară este legată de politica priorităților umane și sociale și de împărțirea responsabilităților între diferitele centre de decizie.

Aceasta presupune raționalizarea adresabilității către specialist, promovarea unei medicini de sinteză, noi articulații pentru distribuirea serviciilor și a activităților preventive, prin centre de sănătate care ar putea fi concepute treptat, în mod progresiv.

## 5.2. CONCEPȚIA ACTUALĂ ÎN DOMENIUL MEDICINEI PREVENTIVE

Promovarea sănătății colectivităților umane a evoluat, în prezent, spre constituirea unor discipline autonome, care includ medicina preventiv-profilactică, medicina curativă, igiena publică, organizarea sănătății, medicina muncii, epidemiologia, sociologia medicinei, care pot contribui la identificarea și limitarea factorilor de risc, de comportament, stil de viață, de mediu și profesionali.

Noțiunea de sănătate a colectivităților umane începe să dobîndească un statut recunoscut în ansamblul concepției medicinei contemporane. Unii autori o identifică cu medicina „administrativă", introducînd în această noțiune o nuanță peiorativă. Alții o restrîng la igiena publică, privită mai ales din punctul de vedere al acțiunilor de asanare a mediului. Mult mai puțini sînt cei care văd în ea sinteza principiilor medicinei preventive.

*O definire corectă a sănătății colectivtăților umane trebuie însă să facă apel la toate aceste dimensiuni și să includă ca un indicator global bunăstarea fizică, psihică și socială a membrilor societății, inseparabilă de noțiunea de protecție, protejare și ameliorare a sănătății.* Referindu-se la aceste noțiuni Winslow considera că specifice sănătății colectivităților umane sînt *„știința și arta de a preveni boala, de a prelungi viața și de a promova sănătatea fizică și mentală, ca și eficiența privind eforturile organizate ale comunității pentru asanarea mediului, lupta împotriva bolilor transmisibile, educația indivizilor pentru igiena lor personală, organizarea serviciilor de îngrijiri medicale pentru diagnosticul precoce și tratamentul oportun al bolilor și dezvoltarea unui mecanism social care*



Scanned with OKEN Scanner

*să asigure fiecărui individ al comunității un nivel de viață necesar menținerii sănătății*" (31).

Această definiție satisface exigențele logicii și oferă o idee completă asupra sănătății colectivităților umane, aducînd în centrul atenției noțiunea de protecție a sănătății și delimitarea zonelor de interes ale medicinei curative și preventive. Printre obiectivele ei cele mai importante se pot menționa : a) prevenirea bolilor (în condițiile în care actul terapeutic însuși poate fi considerat o formă de protecție a sănătății) ; b) prelungirea vieții datorită eliminării pierderilor economice înregistrate de societate ca urmare a morții premature a indivizilor ; c) promovarea sănătății (ca un proces continuu care urmărește bunăstarea optimă a colectivităților).

Ocupîndu-se de principalele elemente care definesc bunăstarea colectivităților umane, Jvo Nuyens enumera : 1) bunăstarea fizică și psihică, aflate în raport direct cu starea de satisfacere a nevoilor materiale și spirituale a indivizilor ; 2) bunăstarea ecologică, aflată într-o relație armonioasă cu un mediu optim de viață (habitat, mediu natural, sistematizarea teritoriului) ; 3) bunăstarea socială, rezultată din bunele relații dintre diversele grupuri sociale și „sănătatea" structurilor sociale; 4) bunăstarea culturală, definită de participarea, în măsură satisfăcătoare, a indivizilor la cultură (70). Cu alte cuvinte bunăstarea colectivităților umane este dependentă de calitatea existenței umane. Rezultă de aici numeroase implicații pentru situația socială a sănătății colectivităților umane și a sistemului îngrijirii sănătății. Din acest punct de vedere, sănătatea legată de bunăstarea socială devine o valoare prioritară, a cărei promovare nu poate fi atribuită exclusiv medicului individual sau unui grup medical, ci întregii societăți. Deoarece sănătatea apare ca o componentă de bază a bunăstării generale, alături de bunăstarea socială, și culturală, sistemul îngrijirii sănătății trebuie considerat ca un sector aparte de promovare a bunăstării sociale, ca un ansamblu de acțiuni destinate să dezvolte condiția de bunăstare a colectivităților umane. „O asemenea cerință de integrare structurală a îngrijirii sănătății în sistemul promovării bunăstării generale este cu atît mai imperativă, cu cît se știe că dimensiunile menționate ale bunăstării generale nu sînt independente și nici autonome, ci se influențează și se determină reciproc" (70).

Aceste sublinieri circumscriu obiectivele medicinei preventive a colectivităților umane în efortul comunitar și fac solidară acțiunea ei cu acțiunea socială, pentru a mobiliza resursele colectivității în direcția prevenirii bolilor, prelungirii vieții și promovării sănătății. Acest conținut marchează, de asemenea, diferența dintre medicina preventivă, sănătatea publică și igiena socială, extinzînd domeniul acestora la forme de acțiune eficace în cadrul colectivităților umane. Totodată, leagă aspectul curativ al asistenței medicale de aspectul ei preventiv, indisolubil legat de efortul îndreptat contra bolilor transmisibile și degenerative.

Depășind cadrul strict terapeutic, medicina preventivă a colectivităților umane se include în sfera promovării sociale a individului și colectivității, condiționînd, totodată, dezvoltarea unui mecanism social capabil să asigure un nivel de viață în armonie cu cerința întreținerii și dezvoltării sănătății. Ea precizează, după cum subliniază L. Pierre-Noël „vocația socială a medicinei, care trebuie să se dedice înainte de toate îmbunătă-



Scanned with OKEN Scanner

ținii condiției umane din punct de vedere fizic, psihic și social" (76) și validează definiția sănătății dată de O.M.S. Pe de altă parte, impune aplicarea tuturor cunoștințelor științifice, a celor fizice, chimice, biologice și sociale, pentru lupta permanentă a individului pentru menținerea echilibrului său împotriva agresiunilor morbide.

O problemă importantă care derivă de aici este precizarea responsabilităților pentru sănătatea colectivităților umane. În trecutul medicinei aceste responsabilități erau atribuite fie grupărilor religioase, fie asociațiilor private de caritate filantropică, fie statului și erau diferite în funcție de natura sistemelor de guvernare și de orientarea opțiunilor politice ale diferitelor state. În prezent, în majoritatea țărilor capitaliste există instituții mixte, în cadrul cărora colectivitățile locale, statele și diferite grupuri sociale își împart răspunderea. Grupările sindicale și organismele de asigurări sociale au un rol important în asigurarea contra accidentelor și asigurarea completă împotriva tuturor riscurilor („Blue Cross" și „Blue Shield" în S.U.A., de exemplu). În țările socialiste, răspunderea pentru promovarea sănătății colectivităților umane revine statului și organizațiilor centralizate, ca și verigilor organizatorice ale sistemului medical (spitale, policlinici, servicii de epidemiologie și de igienă a mediului). În țările în curs de dezvoltare, problema îngrijirilor medicale a evoluat de la atribuirea lor inițiativelor individuale și private, cu participarea limitată a statului, pînă la extinderea competenței acestuia.

## 5.3. PRINCIPIILE ȘI RESURSELE MEDICINEI COLECTIVITĂȚILOR UMANE. EDUCAȚIA SANITARĂ

Organizarea medicinei preventive a colectivităților umane impune de la început precizarea unor principii și acțiuni în vederea atingerii obiectivelor prioritare. Îndeplinirea acestor obiective include activități care, pentru a fi eficace, trebuie coordonate în jurul unui centru de decizie și a unor structuri determinate. „Organizarea ca aspect al practicii administrative — arată Freeman și Holmes — este procesul de mobilizare a acțiunilor colective și a resurselor materiale, de fixare precisă a răspunderilor și a relațiilor" (387).

În ceea ce privește mobilizarea acțiunilor colective, aceasta se referă la acțiunea socială a grupurilor pentru prevenirea bolilor. Se recunoaște că ceea ce face grupul este o acțiune comună, deoarece nu este o colecție oarecare de indivizi, un agregat, o adunare sau o juxtapunere mecanică de persoane. „Un grup este o colectivitate identificabilă, structurată, continuă, de persoane sociale, care îndeplinesc roluri reciproce conforme cu normele sociale, interesele și valorile, în vederea unor scopuri comune" (62). În afara criteriului funcțional urmărit (scop comun), definiția grupului admite și alte condiții : 1) poate fi identificat, fie dinăuntru ca membru, fie din afară ca observator, pentru că are o formă juridică, materială sau numai morală și are, totodată, o anumită permanență ; 2) i se poate recunoaște o structură determinată, membrii avînd în raporturile lor unii față de alții o poziție, un status, un tip de relații, regularități în interacțiuni ; 3) grupul cuprinde idei, interese, valori și norme comune (57).



Scanned with OKEN Scanner

Grupul poate să aibă o importanță hotărîtoare în adoptarea deciziilor de promovare a sănătății. În cadrul grupului, obiectivele prevenirii bolilor și ale ameliorării sănătății trebuie să permită compatibilitatea diferiților participanți, ca și mobilizarea diferitelor mecanisme care justifică principiile de autoritate, ierarhie, coordonare, informare și evaluare, indispensabile oricărei organizații.

### 5.3.1. FUNCȚII ȘI STRUCTURI

Conceperea unui sistem corespunzător de protecție și promovare a sănătății impune schițarea unei organigrame, unde trebuie să existe o distribuție verticală și orizontală a diferitelor funcții și servicii, în așa fel încît să se poată stabili o anumită ierarhie pe linie de comandă și de execuție. Această organigramă stipulează în primul rînd existența unei direcții centrale, la nivelul căreia este localizată linia de comandă și de autoritate. Aceasta, împreună cu serviciile operative funcționale, formează în ansamblu o adevărată piramidă, de-a lungul căreia circulă multiple sarcini de supraveghere către bază, unde se îndeplinesc operații și activități elementare, specifice organizației, care urmează linii verticale de autoritate și linii orizontale de coordonare.

Organigramele ministerelor sănătății din mai multe țări sînt ordonate în așa fel, încît răspund la următoarele necesități de acțiune în domeniul medicinei colectivităților : 1) *direcția normativă*, cuprinzînd funcția de învățămînt și cercetare, funcția de planificare, funcția de legislație și cea de cooperare internațională ; 2) *direcția executivă*, cuprinzînd un serviciu de epidemiologie și statistică, un serviciu de igienă a mediului, de nutriție, de farmacie cu laboratoare, un serviciu de igienă a mamei și copilului și un serviciu de educație sanitară. În privința separării funcțiilor normative de cele executive, unii autori au ridicat obiecția că este artificială și nejustificată (76). Totuși, dincolo de logica acestei separări, experiența în acest domeniu indică necesitatea delimitării sferei activităților de planificare și de evaluare de cea cuprinzînd activitățile de execuție.

În diferite țări, distribuția specifică a bolilor impune o repartizare dferențiată pe scară epidemiologică a problemelor de execuție. În țările dezvoltate, unde domină cancerul sau bolile cardiovasculare, importanța acordată acestor probleme este diferită de cea acordată paludismului sau nutriției, ca probleme predominante în țările în curs de dezvoltare.

O regulă importantă care trebuie respectată în domeniul structurii de organizare menționată este limitarea numărului de compartimente cu rol funcțional, pentru mărirea gradului de responsabilitate distinctă a fiecăreia și pentru a le face cît mai eficiente. Tendința actuală pe plan internațional este de a reduce numărul serviciilor specializate plasate direct sub autoritatea unui centru de decizie și de a da o largă dezlegare și inițiativă împuternicirilor șefilor de servicii.

Lipsa de echivocitate în atribuirea responsabilităților și evitarea paralelismelor și suprapunerilor acestora este regula de bază pentru fiecare compartiment operativ. În mai multe țări se folosesc principii de organizare descentralizată, prin care puterea centrală transmite colectivităților locale (comune, districte, departamente) puterea de decizie, dîn-



Scanned with OKEN Scanner

du-le autonomie administrativă, pe bază de autogestiune. În țara noastră, acest principiu există de multă vreme în practica administrației de stat și constituie unul din jaloanele principale ale noului mecanism economic-financiar, generalizat la nivelul unităților economice.

Unitatea de acțiune necesară atingerii obiectivelor fixate pentru fiecare din compartimentele funcționale cu rol de promovare a sănătății este asigurată de principiul coordonării, care presupune elaborarea în comun a planurilor de acțiune și un consens privind utilizarea rațională a scopurilor, metodelor și mijloacelor (resurselor). Coordonarea se manifestă la nivel *intern* (prin concentrarea eforturilor diferitelor unități de-a lungul piramidei ierarhice) și la nivel *extern* (prin colaborarea sistemului de îngrijire a sănătății cu alte organisme și instituții sociale). La nivel internațional, coordonarea în acest domeniu este asigurată prin eforturile O.M.S., care acordă asistență și facilitează contactele științifice.

Oricum, în diferitele țări, serviciile de promovare a sănătății trebuie dezvoltate cu sprijinul și acordul colectivităților, deoarece promovarea sănătății este o acțiune prin excelență colectivă. Numai astfel se poate crea o medicină integrală caracterizată prin unitatea de acțiune a serviciilor curative și preventive. Cea mai deplină expresie a acestei unități de acțiune o constituie crearea unor centre de sănătate capabile să îmbine scopurile unităților funcționale cu rol curativ și preventiv ; asigurarea unor consultații generale și de pediatrie, de sănătate a mamei și a copilului, de igienă a mediului, educație sanitară, lupta contra bolilor transmisibile și cronice, readaptarea fizică și socială, urmărind, totodată, asistența socială asigurată la domiciliu. Centrul de sănătate poate rezolva unele probleme ale colectivităților rurale sau urbane privind igiena personală, igiena habitatului, puericultura, eliminarea factorilor de risc, „stil de viață“ etc. Experiența obținută în acest domeniu în unele țări oferă date semnificative.

### 5.3.2. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE

Sistemul de organizare a unor asemenea centre de sănătate, având ca scop protecția și promovarea sănătății trebuie să aibă la bază posibilități de acțiune prin resurse umane și materiale (financiare).

În ceea ce privește resursele umane, acestea cuprind personalul cu funcții profesionale specializate (personalul tehnic) și personalul administrativ. Personalul cu funcții specializate participă nemijlocit la scopurile organizației de promovare a sănătății, cuprinzînd „profesioniști“, printre care medici, farmaciști, stomatologi, biologi, statisticieni, sociologi, psihologi, asistente sociale, tehnicieni specializați în asanarea mediului etc. Personalul auxiliar, definit de O.M.S. ca avînd o „calificare incompletă pentru sarcina atribuită“, activează pe lîngă personalul cu funcții specializate, incluzînd asistentele (surorile) medicale, asistenții (felcerii) medicali, moașe, brancardieri etc.

Personalul administrativ cuprinde categoria de personal care asigură distribuirea resurselor financiare, a medicamentelor etc. Aspectele economice specifice activității acestei categorii se referă la : 1) combinarea optimă a factorilor de eficacitate ; 2) gestiunea optimă a resurselor și



Scanned with OKEN Scanner

investiţiilor fizice (clădiri, mijloace de transport) şi a celor umane (pregătirea personalului).

Fiecare din aceste categorii de personal se divide în mai multe specialităţi pe baza funcţiilor îndeplinite, fiecare avînd atribuţii şi răspunderi distincte.

Referindu-se la necesitatea unei calificări corespunzătoare a personalului cu funcţii specializate, un comitet de experţi al O.M.S. (388) exprima astfel această idee : „dacă în amănunt programele de studii trebuie să difere în mod necesar de la ţară la ţară, obiectivele trebuie să fie pretutindeni aceleaşi ; pregătirea studenţilor pentru îngrijirea bolnavilor trebuie să-i facă să înţeleagă că vor trebui să recurgă la toate mijloacele cunoscute pentru a preveni şi elimina bolile, să-i convingă să-şi pună cunoştinţele tehnice în serviciul ridicării nivelului de trai şi sănătate a tuturor". Acelaşi comitet de experţi O.M.S. defineşte astfel diferitele profesii medicale : 1) *omnipractician :* medicul care nu-şi limitează practicarea profesiei sale la tratamentul anumitor boli sau entităţi morbide şi care se pune direct la dispoziţia bolnavilor săi, urmărindu-le evoluţia ; 2) *specialist :* medicul care limitează parţial sau în întregime exercitarea profesiei sale la tratarea anumitor entităţi morbide. Aceste definiţii reevaluează rolul medicului generalist în ansamblul acţiunilor destinate să promoveze sănătatea colectivităţilor umane şi avantajele medicului de familie, care asigură continuitatea îngrijirii şi supravegherii medicale şi posibilitatea de educaţie sanitară a familiei. În ceea ce priveşte calificarea personalului medical cu funcţii de prevenţie, aceasta priveşte o formaţie diferenţiată, în funcţie de specificul fiecărei acţiuni :

a) specialişti în igiena mediului, cu rol în controlul exercitat asupra factorilor care privesc întreţinerea echilibrului ecologic ce trebuie să existe între om şi natură, pentru a asigura bunăstarea socială a colectivităţii. Un comitet de experţi al O.M.S. enumera 17 categorii de acţiuni caracteristice specialiştilor în igiena mediului, de la lupta contra poluării de orice natură şi igiena alimentară, pînă la igiena muncii, prevenirea accidentelor, amenajarea spaţiului (a habitatului, a echipamentelor recreatoare, a mediului natural etc.) şi măsurile sanitare elaborate cu ocazia mişcărilor migratorii (389) ;

b) specialiştii în lupta contra bolilor transmisibile, incluzînd personalul care aplică diferitele metode de supraveghere a principalelor boli datorate unor virusuri (poliomielita, rujeola, infecţii virale ale căilor respiratorii, hepatita virală), ca şi a bolilor bacteriene (tuberculoză, difterie etc.) ;

c) specialişti în nutriţie şi controlul obiectivelor, exercitînd acţiuni de protecţie în domeniul igienei alimentare al supravegherii lor bacteriologice, contra malnutriţiei proteinocalorice sau a excesele nutriţionale ;

d) specialişti ai laboratoarelor de sănătate publică, incluzînd „profesionişti" în fabricarea produselor biologice (vaccinuri, serusuri terapeutice, reactivi de laborator etc.) şi a preparatelor farmaceutice, în biologia clinică destinată a individualiza diagnosticul şi tratamentul, în probleme de epidemiologie etc. ;

e) specialişti în protecţia familiei, a mamei şi a copilului, capabili să asigure în practică obiectivele „planning-ului" familial şi ale politicii demografice, desfăşurînd prestaţii sociale, consultaţii prenatale şi postnatale,



Scanned with OKEN Scanner

precum și acțiuni de informare și orientare a cuplurilor preconjugale și conjugale ;

f) specialiști în medicina muncii, cu sarcini în domeniul ergonomiei industriale, prevenirii accidentelor de muncă, a factorilor de risc etc. ;

g) specialiști în sănătatea mentală, cu rol în supravegherea fenomenelor organice, a factorilor psihologici sau sociali, urmărind diferite tulburări de adaptare socială și posibilitatea lor de prevenție și combatere.

Cooperarea dintre toate aceste categorii de specialiști face posibilă eficacitatea socială și medicală a centrelor de sănătate pentru a promova acțiuni corespunzătoare de prevenire a bolilor și de promovare a sănătății în colectivitățile umane. Aspectele preventive ale acțiunilor diferitelor servicii sînt prioritare și se referă totodată și la detectarea precoce și reducerea cronicității.

În țara noastră, odată cu creșterea populației a fost necesară o nouă orientare cît mai eficientă a diferitelor verigi care concură la menținerea și promovarea sănătății (dispensare, policlinici, spitale) colectivităților umane.

*Medicul de medicină generală,* de dispensar medical, are de îndeplinit numeroase îndatoriri : medic consultant al omului sănătos și bolnav, medic de familie, de mediu, grup, colectivitate ; primește pe bolnavi, îi vizitează la domiciliu, îi îndrumă spre specialiștii de la dispensarele policlinici și spitale ; este orientat spre individ, grup, familie, colectivitate.

La medicul de dispensar medical sau chiar policlinic au adresabilitate și accesibilitate directă și omul bolnav și cel sănătos ; în acest cadru medicul poate să poarte convorbiri cu caracter intim, să facă apel la condițiile de viață, familiale, profesionale, de mediu pentru a cunoaște factorii de risc, „stilul de viață" în vederea adaptării tratamentului la condițiile specifice bio-psiho-sociale.

*Medicul de teritoriu* studiază obiceiurile populației, experiența oamenilor, deprinderile culturale și contribuie la ridicarea nivelului de educație sanitară, pentru a face colectivitățile umane apte să participe la menținerea și îngrijirea propriei sănătăți.

Populația, familia doresc ca medicul să le consacre mai mult timp, să le fie confident, nu numai consultant, să simtă că nu se grăbește în timpul prestației medicale. Medicul principal din policlinică și spital se află de multe ori în situația să-și economisească timpul, în contextul unei adresabilități sporite a celor bolnavi, neavînd posibilitatea unei convorbiri mai îndelungate, cu caracter mai intim, în contextul actualelor verigi organizatorice. Sarcina lui principală este să pună primul diagnostic.

*Medicii de medicină generală* din dispensarul medical și chiar specialiștii din dispensarul policlinic cheltuiesc pentru boli sau tulburări „psihice" cel mai mult timp, comparativ cu celelalte boli tratate de ei. Ei sînt primii care au de-a face cu majoritatea tulburărilor care apar în rîndul populației. În contextul creșterii populației, aceste nevoi, cerințe



Scanned with OKEN Scanner

reale de îngrijire a omului sănătos, impun lărgirea serviciilor medicale* (126).

Este necesar să solidarizăm acţiunile colectivităţilor umane cu acţiunile sanitare de prevenire a bolii, prelungire a vieţii şi promovare a sănătăţii şi a eficienţei.

Dispensarele medicale şi policlinice se străduiesc să rezolve cît mai corect aceste probleme. Adresabilitatea mare a celor bolnavi îngreunează

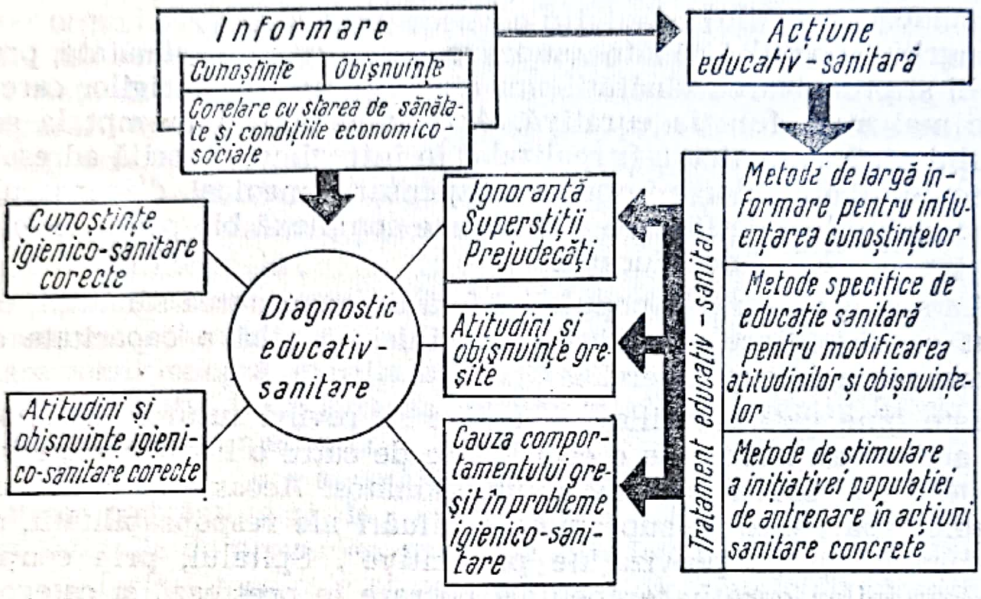



*Fig. 15* — Elemente metodice ale diagnosticului şi tratamentului (Penciu).

accesibilitatea celor sănătoşi. În relaţia medic-om sănătos-pacient-familie-grupuri socio-profesionale-colectivitate, medicul de medicină generală are rolul cel mai important.

Menţinerea sănătăţii nu poate fi rezolvată individual de fiecare specialist în parte, ci în condiţiile existenţei unei echipe interdisciplinare medicale complexe, prestaţia urmînd să capete caracterul unei munci de echipă. Presiunea exercitată asupra dispensarelor la care se adresează

---

* *În Polonia,* aproximativ 30—50% din bolnavii care se prezintă la medicii de medicină generală sînt persoane care suferă de tulburări, fără ca fondul organic al acestor tulburări să poată fi sesizat.

În *Anglia,* peste 1/3 din bolnavii primiţi de medicii de medicină generală sint oameni care au nevoie de medic pentru unele dificultăţi conjugale, alcoolism, dificultăţi legate de educaţia copiilor şi tineretului, probleme de locuinţă, asistenţă a persoanelor mai în vîrstă, bolnavilor cronici, infirmi.

În *Canada,* medicul de practică generală cheltuieşte cel mai mult timp, dintre toate bolile tratate de el, pentru boala „psihică". Cele mai multe din cercetările realizate arată că tocmai medicii de medicină generală (şi nu psihiatrii) au de-a face cu majoritatea tulburărilor psihice care apar în rîndurile populaţiei.

*Medicul de medicină generală deţine proporţia cheie în lupta împotriva bolii şi ar fi greu de găsit altcineva mai corespunzător în locul lui.*

În *Danemarca,* după o cercetare asupra activităţii medicilor de medicină generală, pe o perioadă de 30 de zile, în care au fost supuse analizei 17 000 de raporturi medic-pacient, grupate astfel : 1) psihiatrice ; 2) psihiatrice şi somatice ; 3) somatice şi în care problemele 1) şi 2) au constituit 22% din cazuri, s-a constatat că tocmai acestea au cerut medicului de medicină generală aproximativ 30—50% din orele lui de muncă.



Scanned with OKEN Scanner

majoritatea populației cere diversificarea serviciilor medicale, a formelor de asistență la care să aibă acces și omul sănătos.

Pentru a face față nevoilor crescute de asistență medicală — preventivă, curativă, reabilitare, reintegrare — ale populației, în condițiile în care de multe ori cererea depășește oferta, verigile organizatorice menționate depun eforturi ca să răspundă la noile nevoi ale omului sănătos și ale celui bolnav. Pentru a fi eficiente, se impun noi tipuri de servicii orientate preponderent preventiv, profilactic, în slujba colectivităților umane.

Îngrijirea omului sănătos, supravegherea stării de sănătate, prevenirea bolii și promovarea sănătății sînt atribuite tuturor verigilor care îndeplinesc mai mult funcția curativă. Accesul deplin și prompt la servicii al omului sănătos pentru a fi realizabil în întregime, datorită adresabilității crescute a bolnavilor a impus ca dispensarul medical, dispensarul policlinic și spitalul să desfășoare o activitate complexă bio-psiho-socială preventiv-profilactică și de educație.

Au sporit exigențele populației față de menținerea sănătății, ceea ce a făcut ca dispensarele medicale-policlinici să aibă o capacitate din ce în ce mai mare de cuprindere.

Este bine ca atribuțiile preventive să revină tuturor verigilor, dar aceste acțiuni au nevoie de o coordonare de către o instituție specializată în prevenția și supravegherea omului sănătos. Această rezolvare ar elimina unele paralelisme, suprapuneri, diluări ale responsabilității, activitatea formală și „improvizațiile preventive". Spitalul, prin conținutul, natura sarcinilor curativ-terapeutice pe care le prestează și categoria de bolnavi gravi care se adresează acestuia, nu poate acționa decît curativ și mai puțin preventiv. Cînd toate verigile se ocupă de această activitate preventivă, nici una nu o poate înfăptui și răspunde de ea complet. De aceea, pentru o asistență preventivă completă, apare necesitatea atribuirii unor răspunderi precise acesteia în principalele etape prin care trece îngrijirea omului sănătos, bolnav, grav bolnav în cadrul unor centre de decizie. În acest context, pe plan internațional au fost create centre de îngrijire a sănătății ca organisme puternice de „cultură" medico-sanitară, ca o necesitate deosebit de impetuoasă în apărarea sănătății colectivităților umane în etapa actuală.

*„Centrul de îngrijire a sănătății"* poate deveni o puternică unitate de asistență preventivă medico-socială, de protecție, control al sănătății și educație sanitară, cu un profil conturat, subordonat practicării unei medicini a întregului organism, care să coordoneze și să răspundă prin sisteme de servicii preventive de utilitate publică, la care să aibă acces direct fiecare individ, grup, familie, colectivitate. Prin control periodic, supraveghere permanentă și diagnostic precoce, va identifica din timp abaterile incipiente de la normal, îndeplinind numeroase atribuții (schema nr. III):

— examene medicale periodice, individuale și colective, în afara controlului efectuat la încadrare (bilanț al stării de sănătate, efectuat fiecărui cetățean : copii, tineret, adulți, vîrstnici) ; examene medicale de orientare școlară și profesională ;

— evidența individuală a evoluției stării de sănătate în tot timpul vieții, prin înregistrarea constatărilor controlului periodic în „Carnetul de sănătate la purtător" ;



Scanned with OKEN Scanner

— depistarea precoce a cazurilor de boală și urmărirea refacerii rapide a stării de sănătate și a capacității de muncă ;

— realizarea și coordonarea educației sanitare, a informării și orientării populației, privind factorii care favorizează promovarea bunăstării fizice, psihice și sociale ;

— dezvoltarea de deprinderi, convingeri, atitudini, acțiuni, promovarea unor procedee — medicale, legale, educative, sociale — pentru optimizarea stării de sănătate ;

— organizarea de acțiuni speciale privind ocrotirea sănătății mamei, copiilor, tineretului, folosirea unor mijloace medico-sociale de pregătire pentru viața de familie, de combatere a avorturilor și sterilității, în vederea asigurării sporului natural al populației, prin acordarea de consultații, informări, orientări și în domeniul sexualității, al comportării cuplurilor în dificultate, în cadrul unor „Cabinete de educare, informare și orientare" (schema nr. IV), în care se poate obține un sprijin, un sfat, o informare concretă și confidențială ;

— realizarea unor studii și cercetări pentru identificarea, evaluarea și eliminarea factorilor de risc biologici, psihologici, sociali și de mediu fizic care condiționează apariția bolii ;

— contribuția la integrarea învățămîntului preventiv în cercetarea științifică și practica medicală.

Centrul de îngrijire a sănătății poate deveni un organ de coordonare a acțiunilor preventive și de cercetare, atașat direcțiilor sanitare regionale. În acțiunile de prevenire, protecție, promovare a sănătății sînt mobilizate toate forțele medicale și paramedicale din municipii și regiuni, în colaborare cu organizațiile obștești, pe baza unor programe unitare destinate controlului preventiv periodic, îngrijirii omului sănătos, prevenirii îmbolnăvirilor și acțiunilor medico-sociale educative.

Acțiunile realizate prin coordonarea acestor forțe permit scăderea costului îngrijirii, prin supunerea medicinei preventive unui plan de eficacitate bazat pe evaluarea randamentului ei economic și obținerea unor rezultate maxime cu un cost minim. Aceasta duce la reducerea cheltuielilor și eșecurilor pe care le antrenează boala, rambursînd astfel societății, prin economiile realizate, prețul îngrijirii și absenteismului în muncă, ca să nu mai vorbim de viețile de oameni salvate. Ele vor contribui la : asigurarea înfăptuirii efective a politicii statului în domeniul preventiv ; îmbunătățirea raportului sănătate-muncă-productivitate ; identificarea abaterilor de la normal ; limitarea dependenței individului de medicina curativă și educarea colectivităților, care trebuie să înțeleagă controlul preventiv permanent și să coopereze cu centrul de îngrijire a sănătății pentru eliminarea factorilor de risc, în vederea menținerii stării de sănătate a populației.

### 5.3.3. EDUCAȚIA SANITARĂ – OBIECTIV PRINCIPAL

Nici un serviciu sanitar nu-și poate îndeplini eficient scopul și obiectivele fără participarea și cooperarea publicului, deoarece „sănătatea depinde mai puțin de reglementări, cît de o atitudine de spirit luminată" (390). Este necesar ca atît publicul, cît și personalul medical să fie conștienți de importanța acțiunii preventive. La fiecare nivel al acestei acti-



Scanned with OKEN Scanner

vităţi apare necesitatea imperioasă a educaţiei sanitare, care are rolul să informeze colectivităţile umane asupra celui mai bun mod de trai şi comportare pentru evitarea bolii şi atingerii unui nivel optim de bunăstare fizică, psihică şi socială. Prevenţia cere o disciplinare a principiilor de viaţă în numeroase domenii şi o modelare activă a comportamentului publicului faţă de factorii de risc. Lupta împotriva fumatului este numai unul din aspectele preventive, în realizarea căruia educaţia sanitară poate avea un cuvînt important de spus. Comportamentul consumatorului societăţii moderne plasează individul şi colectivitatea înaintea unei opţiuni oficiale între o bunăstare optimă şi riscurile grave care o ameninţă cînd nu este urmărită raţional. Lămurind opinia publică în înţelegerea valorii sănătăţii ca important „capital" social, educaţia sanitară trebuie exercitată în mase largi de oameni, utilizînd cît se poate mai eficient serviciile sanitare disponibile. O definire corectă a educaţiei sanitare trebuie să facă apel pe de o parte la formarea şi informarea publicului, iar pe de altă parte la aplicarea în practică a principiilor şi informaţiilor învăţate.

După cum afirmă L. Pierre-Noël, educaţia sanitară constituie *„un ansamblu de metode care urmăresc transformarea conduitei umane prin căpătarea unor obişnuinţe şi atitudini pozitive, favorabile sănătăţii"* (76). Definiţia priveşte cele 3 componente esenţiale ale unei educaţii sanitare eficace : igiena şi deprinderile de viaţă personale, cooperarea publicului, utilizarea eficientă a resurselor medicinii preventive a colectivităţilor umane. Transformarea conduitei umane şi crearea unor atitudini pozitive ale publicului faţă de menţinerea şi promovarea propriei sănătăţi, constituie, însă, un proces educativ de largă amploare, care presupune cooperarea specialiştilor din mai multe discipline ştiinţifice. Sociologia, etnologia, antropologia culturală, psihologia şi pedagogia sînt considerate elemente de bază pentru educaţia sanitară.

Fără sprijinul lor şi fără informarea asupra obişnuinţelor de viaţă defavorabile sănătăţii este imposibilă atingerea scopurilor educaţiei sanitare. Pentru aplicarea în practică a principiilor ei sînt necesare studii interdisciplinare care să aibă la bază diferitele metode utilizate de aceste ştiinţe. Deşi în multe ţări din Europa occidentală aceste studii au dobîndit astăzi o importanţă deosebită, ele ocupă un loc prioritar în activitatea serviciilor de sănătate din ţările socialiste. Cea mai mare parte a guvernelor europene au creat în cadrul ministerelor de sănătate departamente de educaţie sanitară beneficiind de prognoze de perspectivă şi capabile să furnizeze documentare şi materiale mijloacelor de difuzare în mase (mass-media), să supravegheze acţiunile autorităţilor locale şi să iniţieze cercetări în acest domeniu.

Dintre studiile întreprinse pînă acum în diferite ţări se pot menţiona : 1) studii desfăşurate asupra convingerilor, atitudinilor, motivaţiilor, aspiraţiilor, sistemelor de valori şi practicilor sanitare ale colectivităţilor umane ; 2) studii asupra relaţiilor dintre comportamentul sanitar, scopurile şi aspiraţiile oamenilor ; 3) studii de evaluare a eficienţei acţiunilor întreprinse la nivelul cuplului, grupului familial, al altor grupări omogene, de către factorii cu atribuţii în acest domeniu ; 4) studii asupra factorilor sociali care influenţează diferitele practici sanitare (de exemplu familia, tipul grupei de informare sau orientare, agenţii cu rol specializat etc.) ; 5) studii asupra obişnuinţelor indivizilor şi asupra eficienţei sfaturi-



Scanned with OKEN Scanner

lor în materie de sănătate ; 6) studii asupra personalului sanitar investit cu atribuții în materie de educație, asupra atitudinilor, motivațiilor și sistemelor sale de valori ; 7) studii asupra influenței sursei și naturii intervențiilor educative (tipuri de informații, de programe, de personal etc.) ; 8) studii asupra diverselor metode de educație a procesului de comunicare și diverselor mijloace de difuzare a informațiilor (eficacitatea acestora în cadrul programelor generale) ; 9) studii asupra procesului de difuzare „naturală" a noilor metode și practici sanitare în rîndul populației și al diverselor grupări profesionale ; 10) studii asupra planificării, organizării și administrării activității serviciilor de educație sanitară în cadrul prognozelor globale de sănătate (391).

Aceste studii realizate în toate categoriile de colectivități pot oferi date favorabile unei cît mai bune cunoașteri a fenomenului. Prognozele de educație sanitară beneficiază, totodată, de sprijinul „mass-media" (presă, cinema, radio, tv etc.) ale căror informații se difuzează în mase largi de oameni. Paralel, o mare eficacitate o are acțiunea individuală sau cea adresată unor grupe limitate, realizată prin servicii sanitare, prin acțiunile școlii, ale organizațiilor de tineret și ale altor instituții sociale.

Eficiența educației sanitare depinde de participarea colectivității, de schimbul de informații între indivizii care o compun și de legătura acestora cu alte canale de informare. Condițiile acestei eficiențe sînt dependente de motivații, de situația reală, de bune relații interpersonale și de asimilarea unui sistem corect de valori. Educația sanitară urmărește nu numai dobîndirea unor noi obișnuințe de viață cît mai raționale, dar și o schimbare a vechilor sisteme de valori, abandonarea anumitor convingeri și prejudecăți ostile promovării sănătății. Benjamin Paul definea cultura sanitară ca „a treia dimensiune a medicinei, după dimensiunile organice și psihice" (392).

Cultura, adică ansamblul valorilor unei colectivități, determină atitudinea acesteia față de boală ; atitudinea variază cu diferitele credințe sociale, religioase, cu informațiile și cunoștințele existente. De aceea, există un specific al metodelor generale în materie de educație sanitară pentru diferite tipuri de colectivități. Acțiunile se referă la același conținut și privesc : instrucția, propaganda, informația, publicitatea și educația formală, propriu-zisă, ca și utilizarea mijloacelor de educație.

Serviciile de prevenție, de protejare și dezvoltare a sănătății trebuie să aibă permanent în vederea aceste acțiuni, să le consacre o mare parte din timpul lor, astfel ca la politica globală a promovării sănătății să participe întreaga colectivitate.

Un mare rol le revine în această direcție informației și formației sociologice a personalului operativ, capabile să evidențieze mai nuanțat dependențele care se stabilesc între factorii de risc și diversele boli, între elementele mediului și utilizarea lor nerațională de către populație, între diferitele grupări în care se practică educația sanitară. Oferind date substanțiale politicii de promovare a sănătății și contribuind la fundamentarea științifică a unor măsuri în domeniul educației sanitare, cercetarea sociologică, prin funcțiile ei descriptive, explicative, critice, predictive apare ca un complement al obiectivelor esențiale ale medicinei preventive a colectivităților umane.



Scanned with OKEN Scanner

Obiectivele stabilite de noua lege sanitară din țara noastră combină efortul specialiștilor în domeniul promovării sănătății cu al celorlalte categorii de specialiști din domeniul științelor sociale, în primul rînd cu cei care acționează pe terenul cunoașterii sociologice a factorilor etiologici ai sănătății și bolii.

Astfel, legea privind asigurarea sănătății populației din țara noastră prevede reglementări care precizează scopurile educației sanitare ; însușirea de către populație a cunoștințelor necesare cu privire la igiena individuală a mediului, alimentația rațională, prevenirea îmbolnăvirilor, evitarea abuzului de medicamente, pentru formarea deprinderilor igienice, cunoașterea principalelor semne de boală și acordarea, în caz de nevoie, a primului ajutor.

În țara noastră, activitatea de educație sanitară se desfășoară pe baza planului unic de educație sanitară, adoptat de Consiliul Sanitar Superior și care cuprinde următoarele obiective : 1) educarea copiilor și tinerilor în probleme sanitare și de prim ajutor, precum și în vederea formării deprinderilor igienice ; 2) integrarea educației sanitare în procesul general instructiv-educativ al instituțiilor de învățămînt de toate gradele ; 3) dezvoltarea acțiunilor de educație sanitară privind familia și creșterea copiilor ; 4) educația sanitară a oamenilor muncii în vederea formării comportamentului igienic necesar prevenirii îmbolnăvirilor, bolilor profesionale sau accidentelor, precum și a întăririi capacității de muncă ; 5) diversificarea și îmbunătățirea conținutului materialelor educativ-sanitare prin presă, radioteleviziune, cinematografie, sau alte modalități ; 6) antrenarea populației la înfăptuirea programelor de sănătate pentru prevenirea și combaterea îmbolnăvirilor.

Precizînd o serie de sarcini detaliate pentru acțiunea comună a diverselor ministere (Ministerul educației și învățămîntului, Ministerul sănătății etc.) și organe centrale (Consiliul culturii și educației socialiste, U.T.C., Organizația pionierilor, Radioteleviziunea română, Consiliul Național pentru Educație Fizică și Sport, Societatea de Cruce Roșie din R.S.R.) sau locale (direcțiile sanitare), prevederile legii în domeniul educației sanitare sînt de o actualitate deosebită și contribuie nemijlocit la aplicarea în practică a Directivelor Congresului al XII-lea al P.C.R.

## 5.4. PROBLEME DEMOGRAFICE ÎN STUDIUL COLECTIVITĂȚILOR UMANE. ELEMENTE DE SOCIOLOGIE A SEXUALITĂȚII ȘI A COMPORTAMENTULUI DEMOGRAFIC

În măsura în care, de obicei, noțiunile de sănătate și boală sînt utilizate pentru a califica un proces individual în cursul căruia este afectată homeostazia internă a organismului unui individ și relația acestuia cu societatea, definirea noțiunii de stare de sănătate sau boală a colectivităților umane este mai complicată, trebuind exprimată prin indicatori (natalitate, morbiditate, mortalitate etc.). Pentru a determina starea de sănătate a unei colectivități sociale trebuie să cunoaștem frecvența cu care apar fenomenele individuale ale nașterii, bolii sau decesului și să o extrapolăm la mase largi de oameni. Statistica demografică ne ajută să abordăm tendințele globale ale proceselor specifice dinamicii populației.



Scanned with OKEN Scanner

Deoarece există o dependență strînsă între nivelul economic și social al colectivității și nivelul stării de sănătate a acesteia, fenomenele demografice vor fi printre cele mai importante elemente de definire a calității vieții unei societăți. De aceea, în lista indicatorilor propuși de experții O.N.U. pentru definirea și evaluarea calității vieții, starea de sănătate, inclusiv situația demografică, figurează pe primul loc.

### 5.4.1. ASPECTE SOCIOLOGICE ÎN STUDIUL SEXUALITĂȚII ȘI AL COMPORTAMENTULUI DEMOGRAFIC

Unul din cele mai importante aspecte care caracterizează profund esența procesului demografic se referă la problemele vieții familiale. Statul socialist acordă o importanță deosebită problemelor familiei, considerată celula de bază a societății. În unele cercetări s-a acordat, însă, mai puțină atenție problemelor sociologice ale reproducerii umane și ale educației sanitare (sexuale) a cuplului familial. Formele de educație generală, morală, sexuală ale cuplului constituie tot atîtea probleme care necesită să fie investigate în raport cu eficacitatea lor asupra creșterii patrimoniului biologic al națiunii.

Grija pentru om începe cu mama și copilul — se arată în toate documentele P.C.R. — și acest lucru implică necesitatea inițierii unor cercetări sociologice asupra problemelor sociale ale femeii gravide, asistenței la naștere și ocrotirii copiilor, pregătirii educației cuplului pentru viața conjugală etc., printr-un sistem de informare și orientare. Aceasta, cu atît mai mult, cu cît paralel cu măsurile generale cu caracter economic-social, menite să asigure condiții favorabile dezvoltării familiei, trebuie luate măsuri de intensificare și ridicare a tehnicității acțiunilor profilactice, întreprinse în scopul protejării gravidelor, pentru evitarea, în primul rînd a apariției sarcinilor patologice. Prevăzînd numeroase măsuri în domeniul apărării și dezvoltării sănătății mamei, copilului și tineretului noua lege privind asigurarea sănătății populației reglementează sarcinile unităților și personalului sanitar pentru desfășurarea unei activități de educație sanitară care să conducă la formarea unei opinii favorabile creșterii natalității, precum și asigurarea condițiilor optime medico-sanitare pentru îngrijirea femeii gravide și dezvoltarea sănătoasă a nou-născuților, copiilor și tineretului. „În acțiunea de apărare a sănătății familiei — stipulează legea — medicii, întregul personal sanitar, trebuie să acorde o atenție deosebită întăririi sănătății femeii, astfel încît să-și poată îndeplini importantul rol social de mamă, privind creșterea și educarea de copii sănătoși, bine dezvoltați fizic și intelectual, în condițiile îmbinării armonioase a acestui rol cu acela de participantă activă la procesul de producție".

În țara noastră numărul paturilor de asistență medicală a crescut de la 133 850 în 1960 la 206 316 în 1979, revenind la o mie de locuitori în 1960, 7,3 paturi, iar în 1979 9,4 paturi.

Prin măsurile elaborate de statul nostru, numărul paturilor pentru asistența de specialitate a femeii gravide a crescut de la 8 709 în 1960 la 22 270 la sfîrșitul anului 1979, iar paturile pentru nou-născuți de la 3 830 la 10 753. În prezent peste 97% din femei nasc în spitale-maternități. Paturile pentru asistența medicală a copiilor au crescut și ele de la



Scanned with OKEN Scanner

18 000 în 1960 la 36 000 în 1979. A crescut, de asemenea, numărul de locuri în creșe, de la 13 000 în 1960 la 89 000 în 1979, ca și numărul de locuri în leagănele de copii.

Pentru studierea fenomenelor demografice în vederea menținerii unei natalități corespunzătoare au fost create „Comisia națională de demografie", „Institutul de ocrotire a mamei și copilului", care au rolul de a contribui la întărirea sănătății femeii, astfel încît să-și poată îndeplini rolul social de mamă privind creșterea și educarea copiilor sănătoși, bine dezvoltați fizic, psihic și intelectual.

Trăinicia și echilibrul intern ale unui cuplu familial depind de educația sanitară (sexuală), de rolul ei informativ și formativ. A cunoaște raporturile celor trei cîmpuri de energie : societate, morală, instinct înseamnă a da răspunsuri întrebărilor cu care sîntem confruntați. Viața sexuală a omului, energiile instinctive trebuie să fie modelate de normele culturale ale timpului și societății.

În acest domeniu, în unele țări, spre deosebire de țara noastră, practica a luat-o înaintea teoriei și, paradoxal, unii specialiști se găsesc în situația de a căuta să teoretizeze o experiență eminamente practică. Așa cum remarca J. Haley, specialist cunoscut în domeniul terapiei conjugale și familiale „înainte de a dezvolta terapia și cercetarea familială, plecînd de la teorie, terapeuții se străduiesc de fapt să descopere o teorie care să se potrivească practicii lor".

În multe țări se practică în prezent diverse forme de terapii conjugale și familiale, psihoterapii sau socioterapii, cum ar fi : consultații și sfaturi premaritale și maritale, ca și alte denumiri, care acoperă de fapt, același conținut. Avem de-a face aici cu probleme de educație a cuplurilor familiale aflate în situații problematice, ca și cu numeroase strategii elaborate în scopul modificării comportamentului lor pe mai multe planuri (afectiv, emoțional, demografic, sexual), în relația cu societatea și diversele grupuri sociale.

Majoritatea specialiștilor străini preocupați de o asemenea problematică au adoptat însă o poziție eclectică, considerînd că este suficient să utilizeze concepte și demersuri de natură psihosociologică, pentru a rezolva, prin aceeași formulă, o gamă extrem de largă de situații existente.

Pentru ultimul deceniu se pot menționa cîteva exemple care ni se par mai elocvente : *teoria rolurilor* aplicată la terapia conjugală de Hurwitz (1970), Kotlar (1967), Lantz (1959), Mangus (1957), Pollak (1965) ; *conceptul de „Eu"* al lui Johnsen (1968) ; *teoria comunicării* a lui Bolte (1970) ; *tipologia relațiilor familiale* — Gehrke și Maxom (1962) ; *conceptele dinamicii de grup* (Kurt Lewin) ; *teoria jocurilor* (Jackson, Bernard, Szasz), *teoria funcționalistă a status-rolurilor și a situațiilor problemă,* în sfîrșit, *abordarea sistemică a familiei,* introdusă în terapia familială de Jackson (1959, 1965), Halely (1963), Watzlawick (1967).

Cea mai mare parte din conceptele utilizate aparțin psihanalizei și psihologiei, pe de altă parte sociologiei familiei, care concepe nucleul familial ca o organizație. La o analiză mai atentă, se observă însă, că nici conceptele psihologice, nici cele sociologice nu dețin în exclusivitate rangul primordial în explicarea comportamentului uman, fiind explicații



Scanned with OKEN Scanner

la fel de valabile ; am putea spune că se completează mutual, că sînt interdependente, dar nu se pot substitui unul altuia. De exemplu, în abordarea relaţiilor familiale nu putem pleca de la sistemele de personalitate, după cum nici personalitatea nu poate fi redusă numai la un ansamblu sau sistem de roluri.

Desigur, abordarea sistemică, utilizată într-o serie de cercetări, confirmă dimensiunea şi complexitatea structural-funcţională a familiei.

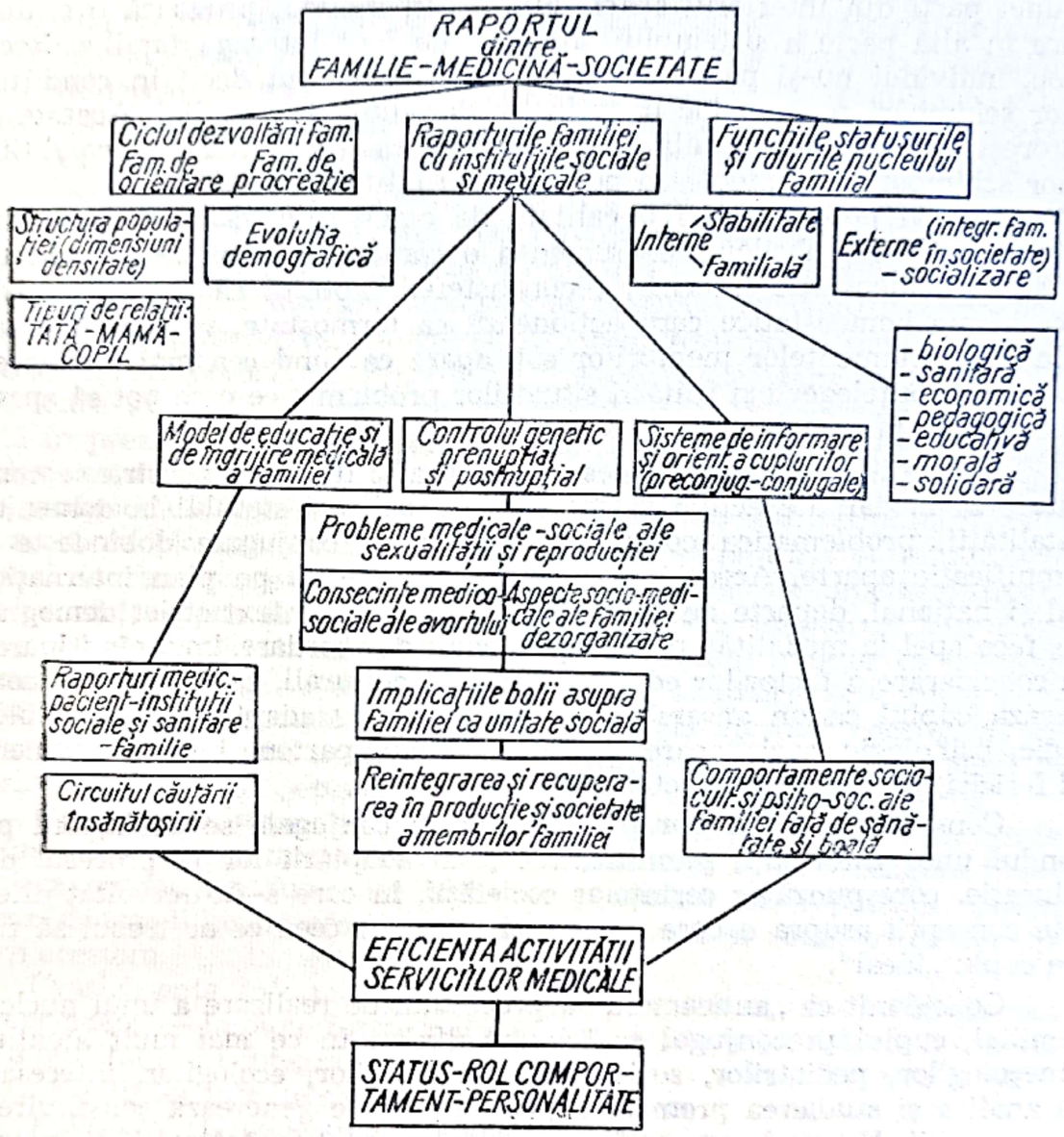



*Fig. 16* — Probleme socio-medicale ale familiei. Familia, nucleu principal al dezvoltării patrimoniului biologic al naţiunii.

Teoria lui T. Parsons, care priveşte familia ca pe un subsistem dependent de ansamblul societăţii globale, aflat în relaţii cu celelalte subsisteme sociale, poate fi apreciată pe baza evaluării relaţiilor de reciprocitate între membrii familiei. După cum se ştie, teoria lui Parsons cuprinde 3 aspecte, de fapt 3 cadre teoretice : o teorie a funcţiilor familiei, o teorie a structurii familiale, şi, în sfîrşit, o teorie a rolurilor indi-



Scanned with OKEN Scanner

vizilor care alcătuiesc cuplul. Aceste trei aspecte nu sînt părți izolate ale unei teorii, ci formează o totalitate care se comportă ca un întreg.

Vorbind deci despre terapia cuplului, trebuie să avem în vedere, nu numai unul sau altul dintre membrii familiei și nici suma lor, ci ansamblul interacțiunilor și situațiilor posibile, care afectează viața cuplului.

Din acest punct de vedere, sistemul familial are o totalitate caracteristică, diferită de suma membrilor săi, în așa fel, încît, o schimbare a unei părți din interiorul sistemului, la un individ, provoacă o schimbare în altă parte a sistemului, afectînd de fapt întreaga familie. Reciproc, individul nu-și poate modifica comportamentul decît în condițiile unor schimbări care au loc în cadrul sistemului său familial. Aceasta se datorește faptului că familia poate rezista ca atare, chiar în condițiile unor schimbări care afectează pe unul sau altul din membrii săi.

Familia posedă astfel o calitate de emergență, care se naște din interacțiunile membrilor, de asemenea o caracteristică de echifinalitate, ca și de homeostazie internă ; recunoașterea faptului că familia posedă mecanisme homeostatice care acționează ca termostate, reglînd fluctuațiile comportamentelor membrilor săi, apare ca fiind cea mai judicioasă abordare a înțelegerii și tratării situațiilor problematice care pot să apară în cuplurile familiale.

În condițiile în care procesul demografic din țara noastră se constituie ca modalitate activă de reflectare a politicii statului în domeniul natalității, problematica constituirii cuplurilor conjugale dobîndește o semnificație aparte. Această problematică dezbătută pe plan internațional și național, departe de a fi epuizată într-un context strict demografic, face apel la modalități pluridimensionale de abordare, impunînd luarea în considerare a factorilor educativi, sociali, culturali, economici. Se analizează cuplul ca un ansamblu de necesități, de adaptări pe plan biologic, psihologic, social, care tind să facă din parteneri un instrument al fericirii personale și colective.

Constituirea cuplurilor preconjugale și conjugale se desfășoară pe fondul unor informații semnificative și al adaptării lor la procesul de educație, corespunzător cerințelor societății, în care s-au dezvoltat diferite concepții asupra a ceea ce este și asupra a ceea ce ar trebui să fie un cuplu „ideal".

Considerat ca „anticameră" a procesului de realizare a unui nucleu familial, cuplul preconjugal se impune din ce în ce mai mult atenției ginecologilor, pediatrilor, sociologilor, psihologilor, ecologilor, interesați în analiza și studierea premiselor principale care generează constituirea unei familii. Un cuplu nu se formează în momentul căsătoriei, ci înaintea ei, prin apropieri succesive, afecțiune, afinități spirituale, idealuri comune. Avînd în vedere că evoluția relațiilor de dragoste nu este totdeauna previzibilă, sfaturile preconjugale și conjugale sînt de un real folos partenerilor.

Nevoia de a iubi, de a găsi pe cine dorești să iubești, căsătoria cu aspectele ei afective, sexuale, economice, sociale, juridice creează premisele unui sistem de orientare, informare și consultare al cuplurilor. Pornind de la necesitatea inițierii și evaluării unor modele de educa-



Scanned with OKEN Scanner

ție — necesare acțiunii de constituire și consolidare a cuplului în fazele succesive preconjugale și conjugale — unele cercetări au demonstrat rolul extrem de important care revine factorilor educativ-instructivi implicați în acest proces pentru realizarea unei vieți de familie din ce în ce mai stabilă.

Structura familiei, funcția ei majoră de perpetuare a speciei umane, ca scop fundamental al exigenței cuplurilor, formele de legătură intra- și interfamilială, locul pe care copilul îl ocupă în familie, stabilitatea familiei, triada mamă-tată-copil, comportamentele acestora formează nu numai un obiect al perceperii individuale, ci o problemă a întregii societăți.

Numeroase cercetări socio-medicale au arătat că trăinicia și echilibrul intern ale cuplurilor depind în mare măsură de educația social-biologică pe care a primit-o individul în familie (familia care-i dă un nume, o primă orientare și un statut în viață). În condițiile dezvoltării sistemelor de educație și culturale, funcția educativ-formativă a familiei ocupă un rol important, fiind un constructor de personalități. Comportamentele cuplurilor preconjugale și maritale se constituie pe baza funcțiilor și normelor de control social, promovate în întreaga societate. Necesitatea elaborării unei „strategii" a educației, care să acorde cea mai mare atenție socializării și integrării comportamentelor, se manifestă în prezent cu o frecvență crescută. Complexitatea crescîndă a mecanismelor vieții sociale, supraabundența informațiilor, marcata mobilitate profesională, extrema specializare a funcțiilor, solicitarea individului pe multiple planuri sociale în condițiile industrializării și urbanizării, implică în continuare acțiuni adresate cuplului. Aceste procese influențează direct asupra caracteristicilor cuplurilor prin adoptarea unor comportamente specifice mediului urban. De aceea, este necesar ca procesul formării cuplului să se desfășoare pe fondul adaptării procesului educativ la cerințele societății. Desigur că un sistem mai centralizat de informare și orientare în problemele educației cuplului ar contribui la sporirea influențelor „episodice" exercitate de sistemul mass-media.

Organizarea unor cabinete de informare și orientare centralizate pe unități macro- și microsocial-economice ar avea rolul să asigure îndeplinirea optimală a funcțiilor biologice și sociale ale cuplurilor, ținînd seama de condiționări afective, psihice, culturale și sexuale ale constituirii acestora.

Cvasiabsența informațiilor în această direcție — în instituție sau întreprindere — impune forme noi de educare preconjugală, ca și măsuri de îmbunătățire și integrare a modelelor de orientare, informare și educare a cuplurilor într-un sistem centralizat unitar.

Educarea și modelarea comportamentelor premaritale și maritale pot astfel să devină coordonate permanente ale activității diferiților factori, dintre care cea a medicinii apare ca fiind de primă importanță. Se evidențiază necesitatea unor cercetări în cadrul echipelor interdisciplinare complexe, alcătuite din ginecologi, pediatri, psihologi și sociologi pentru asigurarea educației cuplurilor, în concordanță cu cerințele epocii contemporane, în vederea dezvoltării multilaterale, armonioase a personalității partenerilor.

Este necesar ca procesul formării cuplului să se desfășoare pe fondul adaptării structurii acțiunii educative la cerințele societății, pentru



Scanned with OKEN Scanner

a se constitui ca un adevărat „cuplu ideal". Aceasta reclamă promovarea în continuare a unor modele de educație (morale, etice, estetice, medicale), a unor sfaturi preconjugale și conjugale pentru realizarea unei familii stabile, conform dezideratului politicii partidului și statului în ceea ce privește dezvoltarea și consolidarea patrimoniului biologic al națiunii.

Sfaturile preconjugale și conjugale, asigurate de echipe interdisciplinare complexe (ginecologi, pediatri, psihologi, sociologi) ar putea contribui la interanalizarea unor atitudini și comportamente în ceea ce privește dragostea reciprocă, sentimentele de îndatorire, aspirația spre realizări, dorința de a îndeplini așteptările mediului social, dezvoltarea și conservarea funcției biologice a familiei, pentru a face din procreare un scop major al existenței și stabilității cuplului etc.

Un asemenea sistem de informare și orientare poate să asigure eliminarea unor forme perturbante ale existenței cuplurilor (preconjugale și conjugale) în ceea ce privește avorturile, dificultățile, conflictele, prejudecățile, incompatibilitatea sexuală, ca și alte aspecte specifice, care generează vulnerabilitatea cuplului, cu efecte asupra comportamentului demografic.

Existența unor informații și orientări centralizate pe unități macro- și microsocial-economice ar avea rolul să modeleze și remodeleze caracterele partenerilor, să le facă educație sexuală, să asigure îndeplinirea optimală a funcțiilor biologice și sociale ale familiei, ținînd seama de condiționările afective, fizice, psihice, sociale și culturale ale constituirii cuplurilor.

Educarea noii generații în spiritul moralei socialiste impune formarea unui om bine echilibrat psihic, integrat în societate, ceea ce necesită o viață de familie armonioasă. Am trecut peste stadiul în care se considera că educația sexuală este o problemă minoră, pe care timpul o rezolvă singur, devenind evident faptul că și ea contribuie într-o mare măsură la formarea morală, psihosocială a omului nou.

Întreaga dezvoltare a societății este indisolubil legată de comportamentul demografic al familiei, care se află în corelație directă cu structurile economice, social-politice și spirituale. Dacă multiple domenii din viața noastră economică servesc familiei, dezvoltarea în continuare a țării depinde, în bună măsură, de funcționarea armonioasă a fiecărei familii.

Analizînd raporturile dintre sexe, Marx arăta că relația dintre bărbat și femeie este relația cea mai firească dintre om și om, relația care poate să dea o idee asupra gradului de cultură a omului. Se poate spune, așa cum sublinia în mod plastic Lenin, că „dragostea este o manifestare a naturii și un aport al culturii".

Omul este determinat să se raporteze cu responsabilitate la alegerea partenerului de viață. La elementele de afectivitate se adaugă cunoașterea, rațiunea, idealurile comune, înțelegerea particularităților de ordin psihologic și etic ale partenerului.

Unele concepții acceptă însă, parțial sau fără rezerve, rolul preponderent al sexualității ca substrat al oricărui comportament familial. Dar sexualitatea nu este singura problematică umană ; omul este o ființă



Scanned with OKEN Scanner

gînditoare şi socială şi nu poate fi privit doar ca o verigă a ciclului biologic. Sexualitatea cu rolurile ei, se integrează ca parte componentă, în cadrul complex al personalităţii umane, punînd în joc comportamentul general al individului în toate domeniile : fizic, afectiv, psihic. De aceea, comportamentul sexual nu trebuie desprins de comportamentul social şi moral.

Printre problemele pe care le abordează literatura de specialitate, în legătură cu aspectele de educaţie a cuplului, se pot menţiona : sfaturile preconjugale şi conjugale în pregătirea vieţii cuplului, pentru realizarea unei familii stabile ; sociologia sexualităţii şi a reproducerii ; comportamentele socioculturale şi psihosociale ale cuplurilor preconjugale şi conjugale ; cuplurile fragile, vulnerabile (dificultăţi în integrarea cuplurilor) ; implicaţiile socio-educative; căsătoria şi divorţul; educaţia sexuală a partenerilor ; maternitatea ca împlinire a cerinţelor biologice şi sociale ale femeii ; funcţiile cuplului.

Studii asupra formelor sociale ale comportamentului demografic şi sexual au fost mai puţin realizate, subiectul fiind considerat că întîmpină dificultăţi, datorită unor obiecţiuni legate de un climat de opinie „permisivă" a educaţiei sexuale.

Se cuvine însă să se ia atitudine împotriva nonsensurilor comportamentului sexual, vulgarizărilor în acest domeniu, care în lumea occidentală se manifestă ca adevăruri ştiinţifice. Conştiinţa ştiinţifică trebuie să restabilească cu rigoare moralitatea în domeniul comportamentului sexual şi să înlăture opiniile eronate.

Principiul pe care se bazează aceste atitudini constă mai ales în pregătirea cuplurilor tinere în ceea ce priveşte sentimentul de afecţiune sau de iubire.

Socialismul duce la o autentică mutaţie a valorilor etice şi culturale ale omului, care este liber, dar libertatea lui se înserează în viaţa socială, sub forma unor reguli pe care trebuie să le respecte pentru a fi respectat.

Civilizaţie şi cultură înseamnă în fond realizarea tuturor aspiraţiilor omului, a scopurilor sale, în sînul unui mediu natural şi social determinat. Dar, maniera în care oamenii îşi satisfac toate nevoile constituie în permanenţă *cultura*. Raporturile sociale ale oamenilor au evidenţiat necesitatea de a oferi informaţii unui public larg, format din tineri, părinţi, educatori, în domeniul educaţiei familiale şi sexuale.

Altădată, tratarea problemelor care priveau sexualitatea sau evocarea lor în public erau apreciate ca o manifestare necuviincioasă, inoportună pentru profan şi admisă, în unele cazuri, în cercuri restrînse de specialişti, care se adăposteau în spatele unui limbaj tehnic abia comprehensibil pentru neiniţiaţi. Prejudecăţile de odinioară par în prezent desuete şi sînt în contradicţie cu înţelegerea omului modern.

Sexualitatea umană nu este numai un impuls instinctiv, biologic, aşa cum o prezintă concepţiile tradiţionale. Ea trebuie înţeleasă ca un complex de comportamente de ordin biologic, psihologic, social, de necesităţi definite, integrate într-o suprastructură culturală ; ea este şi psihosociogenă, nu numai biogenă.



Scanned with OKEN Scanner

Structurarea culturală a impulsurilor sexuale a fost clasată printre primele realizări civilizatoare şi nevoi primordiale ale omului, alături de uneltele de muncă şi de limbaj. Reglementarea relaţiilor sexuale şi a procreaţiei constituie forma socială a oricărui comportament uman. Psihosociologia nu ignoră realitatea biologică a sexualităţii, importanţa ei ca trebuinţă. Un cuplu în care sexualitatea nu constituie motivaţia legăturii nu poate fi stabil.

O minimalizare a acestui punct de vedere ar duce mai degrabă la lărgirea consecinţelor negative. Una din raţiunile studierii sexualităţii este însă analiza mai aprofundată a rolului pe care îl joacă în cadrul cuplului familial comportamentul demografic.

Comportamentul demografic impune dirijarea capacităţii biologice de reproducere pe un făgaş favorabil păstrării sănătăţii cuplurilor familiale, printr-un sistem de informare şi orientare bine chibzuit, în cadrul unui centru de îngrijire a sănătăţii. Atît factorul biologic, care într-un complex ecologic perpetuează specia, cît şi factorii social-economici şi psiho-afectivi contribuie la determinismul comportamentului reproductiv. În aceste condiţii, procesul formării cuplului familial se desfăşoară pe fondul adaptării structurii şi acţiunii educative la cerinţele societăţii.

Cuplul este un grup social în care membrii componenţi întreţin relaţii directe şi nemijlocite.

Principiul educaţiei sexuale constă în pregătirea tinerilor în ceea ce priveşte sentimentul de afecţiune, de iubire. Un element în însuşirea principiilor morale este exemplul dat de familie tînărului. Nu este nevoie să-i demonstrezi tînărului importanţa iubirii atunci cînd el este pregătit în climatul unei familii model.

Căsătoria este înfăţişată de obicei ca o relaţie umană între doi indivizi de sexe diferite, formînd un cuplu omogen, rezultat dintr-o alegere, calitatea principală fiind luciditatea şi respectul demnităţii celuilalt. Succesul căsniciei este în funcţie de realizarea echilibrului emoţional, de lipsa conflictelor, tensiunilor, de prezenţa copiilor, de succesul în viaţă. Această relaţie este în permanentă devenire prin evoluţia celor doi parteneri, prin schimbul şi adaptarea afectivă şi culturală, prin contactul cu lumea exterioară, prin îmbogăţirea adusă prin naşterea şi educaţia copiilor doriţi şi prin dinamica proprie a familiei. Căsătoria ca organism viu depinde de conservarea „homeostaziei" sale, de condiţia unui echilibru dinamic, permanent păstrat. Sudura cuplului este dată de coeziunea internă şi factorii externi. De aceea, este necesară pregătirea acestui act unic din care decurge fericirea mai multor persoane.

Prin dragostea dintre partenerii unui cuplu se înţelege posibilitatea de modelare reciprocă a caracterului spre o perfectare dorită a personalităţii, o colaborare reciprocă în sentimentele purtate, o cale spre sociabilitate.

Procrearea constituie scopul major al existenţei cuplului. Prin reproducere, femeia nu afirmă numai rolul ei biologic, ci şi pe cel social. Împreună cu bărbatul îşi restructurează personalitatea spre deplinele dimensiuni ale maturităţii. Apariţia copiilor dezvoltă noi punţi de legătură între soţi, întregeşte ţelul lor social-uman. Un cuplu fără copii este mai uşor atins în echilibrul său interior, fiind mai fragil. Existenţa



Scanned with OKEN Scanner

copiilor dezvoltă însă coeziunea şi responsabilitatea socială a membrilor lui, generînd afirmarea unei uniuni de durată.

Îndeplinind un rol major, în conformitate cu nevoile societăţii, de creştere a unei noi generaţii, cuplul transmite, în acelaşi timp, experienţa şi capacitatea de integrare socială, şi nu numai fondul biologic propriu, descendenţilor lui.

Relaţiile cuplurilor în ceea ce priveşte problemele „intime" impun, deci, apariţia unor sisteme complexe de educaţie, în concordanţă cu exigenţele sociale, care să ajute la înţelegerea responsabilităţii sociale, la dezvoltarea personalităţii partenerilor, la internalizarea unor atitudini umane şi modele de comportament, pentru a face din procreare un scop major al existenţei şi stabilităţii cuplului. Această informare are un circuit foarte larg : între soţi, părinţi şi copii, pentru adaptarea unor cupluri în dificultate etc. Rolul sfaturilor, al informării este orientat spre cunoaştere, ca să ajute şi nu să dea directive, în ceea ce priveşte complexitatea cauzei inadaptării. Sfatul trebuie deci să dedramatizeze cauzele.

Termenul de sfat trebuie înţeles deci într-un sens nondirectiv. Cel care dă sfat s-ar putea numi consilier conjugal sau familial. Se vorbeşte astăzi de „medici consilieri", ingineri consilieri, de la care se aşteaptă indicaţii pentru luarea unei decizii. Ei au drept scop să evidenţieze problemele cuplului în dificultate, graţie unei atitudini înţelegătoare de a dedramatiza situaţia, pentru o cît mai bună comunicare între parteneri. Aceşti consilieri fac apel la echipe interdisciplinare de specialişti (medici, sociologi, psihologi, psihiatri, jurişti).

Toate aspectele căsătoriei („aşteptarea" unui copil, fidelitatea, libertatea individuală a sexelor, armonia între părinţi şi copii, problemele proprii adolescenţei, sexualitatea şi moralitatea), precum şi aspectele biologice şi psihologice ale sexualităţii, ca şi problemele legate de „iubire şi sexualitate" sînt motive care determină pe oameni să ceară sfaturi, informaţii, pentru o cît mai bună orientare, pentru a discerne şi a avea puncte de reper în căutarea fericirii. Asemenea consultaţii pot să contribuie la eliminarea unor factori de risc în ceea ce priveşte informaţia bio-psiho-socială cu repercusiuni asupra reproducerii umane.

Informaţiile obiective pe baze ştiinţifice îi învaţă pe tineri să reflecteze asupra lor şi asupra partenerilor. Tînărul este în măsură să înţeleagă mai bine problemele şi aspectele asupra cărora s-a documentat adesea singur, însă eronat.

Este necesar ca tinerii să fie ajutaţi pentru înţelegerea unor interdicţii privitoare la zone aşa-zise secrete ale iubirii. Prin iniţiative de informare, orientare, trebuie demistificată sexualitatea, misiune pe care o are educaţia sexuală. În acest scop, este nevoie de un sistem centralizat de orientare şi informare, în cadrul unui centru de îngrijire a sănătăţii, asupra unei sexualităţi reconsiderată în lumina unei pedagogii gîndite, care să intereseze atît sociologia familiei, cît şi demografia, preocupate în aceeaşi măsură de subiectul sexualităţii sub aspectul ei social-educativ şi moral (schema Nr. IV).

Studierea raporturilor dintre sexe, legile morale care reglementează căsătoria şi înrudirea, evoluţia instituţiei de căsătorie, avorturile,



Scanned with OKEN Scanner

dificultăţile, prejudecăţile, incompatibilitatea sexuală, precum şi alte aspecte specifice care generează vulnerabilitatea cuplului, cu efecte asupra comportamentului uman, constituie şi ele analize de profunzime ale sociologiei sexualităţii care aduce contribuţii prin rezultatele cercetărilor întreprinse în domeniul social-medical.

Punctul de vedere sociologic în ceea ce priveşte relaţiile sexuale, în contextul comportamentului demografic, reprezintă un domeniu complex legat şi dependent de macrosocial.

Atît legea sanitară, cît şi numeroase documente ale O.M.S., U.N.E.S.C.O. definesc ţelurile sociale în acest domeniu, pentru acomodarea amplă a educaţiei la cerinţele epocii moderne.

Schimbările conţinutului vieţii, al medicinei, al populaţiei, al progresului tehnic-ştiinţific impun noi dimensiuni preventive prestaţiilor medicale, conform noilor nevoi şi responsabilităţi pentru păstrarea sănătăţii colectivităţilor umane, care necesită nevoi noi, cereri noi, servicii noi.

Pentru aceasta desigur că şi medicina trebuie să acopere un complex de priceperi sociale, medicale, spirituale care contribuie la dinamica stării de sănătate pentru prevenirea factorilor de risc, „stil de viaţă", individuali, de mediu, profesionali, familiali şi disfuncţiilor procesului demografic.

Medicina trebuie deci să se bazeze pe un sistem de organizare bine fundamentat de informare şi orientare, pentru pregătirea individului, familiei, colectivităţii să fie în măsură să aleagă serviciile unor centre de îngrijire a sănătăţii, în care „trebuie să se acorde atenţie principală prevenirii bolilor, apărării sănătăţii, nu intervenţiei după ce omul s-a îmbolnăvit, cînd, uneori, nu mai e nimic de făcut" *.

Se desprinde din aceste documente, ca şi din cercetările efectuate, ideea că pentru a atinge un nivel ridicat al indicatorilor de eficacitate demografică este necesară informarea, orientarea, o asistenţă a omului sănătos pentru limitarea acţiunii factorilor de risc.

Obiectivul principal al unui sistem de informare constă în apărarea (protecţia), supravegherea, controlul, conservarea şi promovarea sănătăţii, prin orientarea şi educaţia cuplului în domeniul sexualităţii. Informările şi sfaturile date pot contribui, totodată, la eliminarea unor efecte negative pe plan psihologic şi biologic, cu influenţă directă asupra fertilităţii femeii, scutind-o de accidente adesea negîndite ; se includ aici programe largi de expuneri, în faţa unui auditoriu direct interesat (cupluri în dificultate, cupluri sterile, tineri, părinţi, candidaţi la căsătorie etc.).

Toate acestea se pot realiza în cadrul unor servicii, unor cabinete de informare-orientare cu caracter interdisciplinar (formate din ginecologi cu pregătire sexologică, psihiatri, sociologi, juriști, psihologi, asistente sociale), care să poată da consultaţii şi să facă recomandări medicale şi sociale cu caracter formativ, informativ, educativ, pentru a dezvolta convingeri, deprinderi şi atitudini corecte, prin promovarea unor

---

* Nicolae Ceauşescu, *Cuvîntare la ceremonia constituirii Consiliului Sanitar Superior*, în vol. *România pe drumul construirii societăţii socialiste multilateral dezvoltate*, vol. 12, Bucureşti, Edit. politică, 1976, p. 82.



Scanned with OKEN Scanner

metode, procedee și concepții unitare, în scopul optimizării stării de sănătate a membrilor societății.

### 5.4.2. CONTROLUL INDICATORILOR DEMOGRAFICI. NOȚIUNII DE BAZĂ

În domeniul strategiei medicinei colectivităților umane, factorul demografic ocupă un loc de frunte. Atît pe plan intern, cît și internațional, omenirea este confruntată cu probleme generate de ritmul rapid al evoluției tehnice și al schimbărilor sociale, care aduc în centrul atenției mișcarea populației, structura și dinamica ei. Întrucît factorii demografici sînt în strînsă interdependență cu transformările sociale, este sigur că populația planetei se va dubla în decursul generației următoare. Aceasta va genera multiple probleme privind ritmul îmbunătățirii calității vieții și, concomitent, pe cel al inovației tehnice în medicină. În condițiile actuale, preocupările în domeniul creșterii rapide a populației capătă o preponderență deosebită în problemele omenirii, tinzînd să precumpănească asupra celorlalte preocupări demografice. Creșterea rapidă a populației preocupă îndeosebi regiunile Asiei, unde ritmul de evoluție demografică înregistrează cotele cele mai ridicate.

Dacă unele națiuni consideră că le lipsesc resursele umane necesare pentru realizarea obiectivelor lor de dezvoltare, altele sînt preocupate de ritmurile excesive ale urbanizării, ca și de distribuirea necorespunzătoare a resurselor de muncă. Multe națiuni pun în centrul atenției efectele defavorabile ale evoluției demografice asupra formării familiei și asupra sănătății mamei și copilului.

Toate acestea sînt probleme fundamentale ale politicii naționale a diverselor state, făcînd parte integrantă din strategiile menite să ridice nivelul calitativ al vieții. Cum sublinia Kurt Waldheim, secretarul general al Națiunilor Unite, la Conferința Mondială a populației, desfășurată în 1974 la București, „politica demografică, indiferent de formele pe care le poate îmbrăca în diferite țări, trebuie privită ca un element dintr-o politică complexă, elaborată în scopul realizării unui întreg ansamblu de obiective naționale".

De-a lungul istoriei umanității, indicele creșterii populației mondiale nu a fost, în medie, decît ușor superior celui de înlocuire. Expansiunea recentă a acestui indice apare explicabilă prin tendințele de scădere a mortalității, accelerată considerabil în ultimele decenii. Evoluția lentă a progresului social-economic în unele țări în curs de dezvoltare justifică în cea mai mare parte faptul că în aceste țări scăderea mortalității nu a fost însoțită de o scădere paralelă a fertilității. Astfel, din 1950, indicele de creștere a populației mondiale a atins 2% pe an, ritm care va asigura o dublare a ei la fiecare 35 de ani. Indicele creșterii naturale variază totuși considerabil, de la o țară la alta, pornind de la un indice negativ pînă la unul care depășește 3% anual. Deși accelerarea ritmului de creștere a populației mondiale rezultă din scăderea mortalității, această scădere nu este pretutindeni aceeași. Astfel, speranța de viață la naștere variază de la 47 ani în Africa, la 57 ani în Asia și 63 ani în America latină, pînă la 71 de ani în regiunile dezvoltate. De aceea, în numeroase țări în curs de dezvoltare, reducerea



Scanned with OKEN Scanner

mortalității (mai ales a celei infantile) constituie un obiectiv dintre cele mai urgente.

Orice politică rațională în domeniul populației, orice program de *planning* familial trebuie să îmbine conduita demografică a indivizilor cu cerințele și imperativele societății.

În îndeplinirea obiectivelor politicii demografice, medicina colectivităților umane este chemată să joace un rol hotărîtor, asigurînd medicului atît cunoașterea și controlul principalilor indicatori demografici, cît și instrumente și metodologii de lucru, cu ajutorul cărora poate acționa. În acest scop este utilă cunoașterea cîtorva noțiuni de bază, cu care operează demografia în calitatea ei de știință socială, care, studiind fenomenele și procesele specifice dinamicii populației, are drept scopuri de bază : a) determinarea numărului populației ; b) repartizarea geografică ; c) structura și mișcarea ei ; d) identificarea legislațiilor care stau la baza evoluției populației ; e) tendințele ei de creștere și de scădere ; f) studiul evenimentelor demografice (naștere, căsătorie, divorț, deces, morbiditate); g) analiza fenomenelor demografice în calitatea lor de evenimente demografice repetate, reprezentînd regularități statistice *.

A. *Natalitatea,* reprezentînd intensitatea nașterilor în cadrul unei populații (numărul mediu al născuților vii ce revine la 1 000 de locuitori într-un an), determină în măsură hotărîtoare structura de vîrstă a unei populații. Scăderea acestui indice se traduce printr-o îmbătrînire treptată a populației, ceea ce face ca în unele țări dezvoltate, proporția medie a indivizilor de peste 65 de ani să reprezintă 10% din populația totală, față de numai 3% în țările în curs de dezvoltare. De aici decurge necesitatea ca în țările unde nu există programe de ocrotire socială și de sănătate publică destinate persoanelor în vîrstă, să se elaboreze asemenea programe. Pentru țările în care aceste programe există, se impune o preocupare mai intensă pentru optimizarea și îmbunătățirea lor.

B. *Fertilitatea* este numărul mediu al născuților vii care revin la 1 000 femei în vîrstă fertilă (15—49 de ani). Fertilitatea este și de natură masculină, indicator pentru bărbații în vîrstă de 20—60 ani.

Datorită proporției relativ ridicată a copiilor și a tinerilor existenți în cadrul populațiilor din țările puțin dezvoltate, scăderea fertilității în aceste țări nu se traduce printr-o scădere corespunzătoare a indicelui creșterii demografice decît peste cîteva decenii. Pentru țările în curs de dezvoltare, chiar dacă nivelul fertilității necesar înlocuirii generațiilor ** (aproximativ 2 copii de familie) a fost deja realizat în 1970, populația totală va crește în continuare, trecînd de la un total

---

* Studiul demografic este atît unul *obiectiv,* referitor la identificarea cantitativă a legităților populației și evaluarea calitativă a corelației dintre dezvoltarea social-economică și evoluția populației, cît și unul *subiectiv,* referitor la analiza comportamentului demografic, manifestat în atitudinile indivizilor, cuplurilor, familiei față de întemeierea, dimensiunea și funcțiile familiei în raport cu societatea.

** Termen care desemnează colectivitatea celor născuți în același an și care se deosebește de *cohortă,* care desemnează colectivitatea persoanelor care au trăit același eveniment demografic în cursul aceleiași perioade de observație (de exemplu, toți cei născuți și cei căsătoriți într-un an etc.).



Scanned with OKEN Scanner

de 2,5 miliarde de locuitori în 1970 la circa 4,4 miliarde de locuitori în deceniile următoare.

C. *Mortalitatea,* desemnînd intensitatea deceselor în cadrul unei populații (numărul mediu al deceselor raportate la 1 000 de locuitori într-un an), are o influență determinantă asupra ritmului de creștere demografică. Efectele pe termen scurt ale reducerii mortalității asupra indicelui creșterii populației sînt caracteristice pentru orice proces de dezvoltare social-economică. În același timp, este posibil ca reducerea mortalității să fie condiția prealabilă a unui declin al fertilității sau a scăderii nivelului morbidității *.

D. *Sporul natural al populației,* reprezentînd diferența algebrică între numărul născuților vii și al decedaților într-un an, urmează o evoluție dependentă, preponderent, de natalitate și mortalitate.

Creșterea lui echilibrată și reducerea mortalității asigură societății resurse umane indispensabile realizării obiectivelor sale economice.

E. *Mișcarea naturală a populației,* identificată cu modificările produse în numărul populației, ca urmare a nașterilor și deceselor **, induce și ea o serie de consecințe, a căror rezolvare trebuie integrată unei politici demografice cît mai suple și flexibile.

Printre alți indicatori demografici, *nupțialitatea* (intensitatea căsătoriilor în cadrul unei populații, numărul acestora la 1 000 de locuitori într-un an), *divorțialitatea* (intensitatea divorțurilor în cadrul unei populații, numărul mediu al divorțurilor la 1 000 locuitori într-un an), *reproducerea populației* (măsura intensității procesului de reînnoire a generațiilor unei populații) *** au o influență determinantă, imprimînd tendințe specifice evoluției demografice.

În măsura în care evenimentele și procesele demografice sînt strîns legate de fenomenele cu caracter socio-medical, programele sanitare ale diferitelor țări sînt integrate în programe *pronataliste* sau *antinataliste,* în cadrul strategiei generale a dezvoltării economice. Întrucît fiecare țară deține propria ei experiență în prevenirea și tratarea bolilor, prin schimburi de date experimentale în acest domeniu se poate aduce o contribuție hotărîtoare la reducerea morbidității și a mortalității, medicina colectivităților umane, cu accentul pus pe prevenția bolilor populației, jucînd un rol de primă importanță. Cunoașterea factorilor care influențează creșterea sau scăderea populației se îmbină strîns cu obiectivele privind dezvoltarea armonioasă a potențialului de sănătate a grupelor sociale care o compun.

---

* Numărul de îmbolnăviri la 1 000 de locuitori într-o perioadă determinată (1 an).

** Se includ aici numai căsătoriile și divorțurile, a căror evoluție influențează nașterile.

*** Include : *a.* indicele brut de reproducere a populației (numărul mediu de fete pe care le-ar naște o generație de femei, care nu ar fi supusă riscului mortalității și care ar avea la fiecare vîrstă fertilitate specifică) ; *b.* indicele net de reproducere a populației (numărul mediu al fetelor pe care le va naște o femeie în decursul vieții sale fertile, în condițiile mortalității din anul de observație).



Scanned with OKEN Scanner

## 5.5. CÎMPUL SOCIAL GLOBAL AL MEDICINEI COLECTIVITĂȚILOR UMANE

Caracterul specific al prevenției, protecției care se asigură individului, trebuie pus față în față cu structurile organizatorice, prin folosirea elementului educativ în alianță cu indicatorii stării de sănătate.

Promovarea sănătății plasează acțiunea sanitară în ansamblul social-economic și permite folosirea eficace a resurselor prin programare și planificare. Apare o legătură strînsă între planificare și evaluare în ciclu continuu : execuție, evaluare, revedere a planurilor. Aceste programe raționale de organizare trebuie să ne facă să ne interesăm de felul în care se îndeplinesc funcțiile promovării sănătății în colectivități.

Medicina integrată, ca unitate de acțiune, se sprijină pe resurse teoretice și planificarea resurselor organizatorice. Centrul de îngrijire a sănătății reprezintă expresia organică a acestei medicini integrate, care realizează o îmbinare de interese în ceea ce privește promovarea, prevenirea, profilaxia, protecția, prevederea printr-un sistem de consultații asupra omului sănătos, de informare, orientare asupra numeroaselor probleme privind serviciile de testare a sănătății : acțiuni formative, informative, educative, sfaturi bio-psiho-sociale, cărora legea sanitară din R.S.R. le asigură noi resurse de acțiune.

Acest sistem de servicii preventive de utilitate publică, cu multiple sarcini medicale și sociale, are un profil circumscris într-o medicină integrată spiritului sintetic.

Între normal și patologic există un spațiu, în care apar treptat modificări bio-psihologice incipiente, care, dacă nu sînt depistate la timp evoluează negativ. Teoretic, acest spațiu este acoperit de toate verigile organizatorice medicale. Practic însă, majoritatea verigilor acționează terapeutic atunci cînd omul este bolnav sau grav bolnav și mai puțin pentru diagnostic precoce, prin control preventiv al omului sănătos. Cîtă devianță de la normal trebuie să existe pentru ca un individ să nu fie sănătos și cît de bolnav este acesta, sînt variabile care pun în mod categoric probleme de definiție socială și acțiune sociologică.

Acțiunile medico-sanitare tind spre eliberarea individului de orice servitute, inclusiv dependența față de organizația medicală.

Finalitatea unei politici sanitare preventive are în vedere tocmai acest lucru, de a elibera colectivitățile și individul de „magia" medicală și a medicamentului.

Se cere, în continuare, ca toate forțele medicale, în concordanță deplină cu beneficiarii să participe direct la aceste eforturi productive, în colaborare.

Nivelul de educație sanitară, mijloacele de comunicație de masă au un rol deosebit în formarea comportamentului sanogenetic al populației. Emisiunile TV și celelalte mass-media pot menține interesul publicului nu numai în ceea ce privește securitatea existenței mulțumită „miracolelor din medicină", ci și asupra promovării unor mijloace educative în ceea ce privește conștiința populației, pentru a elimina factorii de risc, de comportament, individual, de mediu, profesional.



Scanned with OKEN Scanner

Sanogeneza mediului trebuie să combată factorii, condiţiile care alterează biotipul uman. Este absolut necesar să cunoaştem cît mai exact formidabila masă de riscuri care ameninţă biologia omului contemporan.

Integrarea datelor biologice umane în ştiinţele sociale contribuie la transferarea în practică a concluziilor, indicaţiilor de sanogeneză a mediului.

În lumina acestor consideraţii, preîntîmpinarea riscului profesional a impus completarea măsurilor tehnice de securitate cu măsuri biologice de securitate a muncitorilor, bazate pe o riguroasă cunoaştere a organismului uman ; o riguroasă selecţionare poate suprima riscul profesional.

Din analizarea cauzelor care modifică funcţionalitatea organismului (reactivitatea acestuia), a reieşit că personalitatea biologică a celui care munceşte este unitară, dar influenţele exercitate de totalitatea condiţiilor sale pot modifica substanţial echilibrul organic, care se poate reflecta pozitiv sau negativ în comportamentul său la locul de muncă.

Factorii cu influenţă organo-psihică ai mediului şi modului de viaţă extraprofesional determină caracteristicile muncii profesionale la locul de producţie. Realizarea securităţii muncii nu se poate limita numai la măsurile aplicate la locul de producţie, ci trebuie să se preocupe şi de celelalte aspecte ale vieţii celui examinat.

Colaborarea dintre clinicieni, sociologi, psihologi, ecologi, schimbul sistematic de informaţii, elaborarea în comun a unor decizii terapeutice aplicabile în cadrul tehnic al instituţiilor medico-sanitare de diverse grade şi profiluri, lărgirea cîmpului experimental cu metode de investigare complexe, care să surprindă dinamica proceselor socio-medicale, se impun cu mai multă necesitate în etapa actuală. Aceste măsuri pot întări cadrul social-organizatoric al politicii sanitare, să semnaleze şi să sprijine, de comun acord cu celelalte competenţe, golurile de cunoaştere şi să dea soluţii pentru evitarea unilateralizării.

Medicinei preventive îi este rezervată în prezent o misiune importantă. Va trebui pregătit terenul spiritual în vederea cîştigării şi stimulării medicilor pentru noile orientări. Nu se remarcă însă, astăzi, suficient interes în cercurile medicale pentru specialităţile preventive. Se pare că se manifestă rezervă faţă de o separare a medicinei preventive de medicina curativă. Această separare este mai mult aparentă, medicina la baza ei fiind una şi indivizibilă. Inamicul înverşunat al medicinei preventive este birocraţia. Medicina preventivă este un serviciu medical şi nu un birou de sănătate, încadrat cu funcţionari mînuitori ai registrelor.

Simplificarea administraţiei şi dezvoltarea simţului social, a atitudinii etice, este imperativul profesiei, care nu trebuie să-l părăsească niciodată pe medic în cursul carierei sale.

Noua lege sanitară din ţara noastră, prin asigurarea sănătăţii populaţiei, creează cadrul de satisfacere, în condiţii cît mai bune, al afirmării depline a capacităţii de muncă şi creaţie ale fiecărui membru al societăţii, pentru ocrotirea şi consolidarea familiei, apărarea şi întărirea sănătăţii mamei, copilului, tineretului şi contribuie la înfăptuirea



Scanned with OKEN Scanner

complexului de măsuri economice, culturale, sociale şi sanitare care conduc la perfecţionarea calităţii asistenţei medicale.

Asistenţa medicală se dezvoltă astăzi în concordanţă cu progresul tehnic-ştiinţific, cu nevoile populaţiei, ale familiei.

Creşte rolul medicului de medicină generală cu experienţă clinică. Odată cu creşterea numărului de specialişti într-un domeniu, medicii de medicină generală de bază, de familie, medicii colectivităţii, ai „omului integral" se reduc, pentru că majoritatea doresc să se limiteze la un domeniu anume.

Într-o concepţie mai puţin răspîndită dar generalizată, a fi medic înseamnă a trata omul bolnav, grav bolnav, în ultima verigă a sistemului, în spital. Aceasta este una din dilemele aparatului de conducere a serviciilor medico-sanitare.

Tratarea simptomatică nu este suficientă. Boala are un caracter structural şi cere o tratare cauzală.

Deşi rolul medicului de medicină generală cuprinde sarcini de mare răspundere pentru societate (preventive, curative, de reabilitare, educative), el consideră că se află în situaţia de a trata bolile uşoare, banale, cronice, ceea ce nu-i dă satisfacţie. Doreşte să se ocupe de bolnavi „adevăraţi" din care, cei mai mulţi se află în spitalele de specialitate, numărul lor fiind cu atît mai mare, cu cît specialitatea este mai îngustă. Această imagine a medicului se consolidează şi prin sistemul de pregătire. Valorile de spital, care sînt foarte necesare, reprezintă pentru cei mai mulţi valorile întregii medicine, spitalul mare, modern, predominînd în mentalitatea şi în modul de comportament al majorităţii medicilor. Există tendinţa ca specialitatea preventivă să fie considerată o specialitate de mîna a doua, pentru care nu se manifestă atracţie.

Studiile limitate asupra laturilor sociale, familiale, psihologice ale mediului ambiant reduc sfera generală de cunoştinţe şi concentrează eforturile asupra problemelor de strictă specialitate, aducînd un mare cîştig în profunzime, dar totodată, o mare pierdere de cunoaştere a ansamblului fenomenelor. „Patologia modernă cere din partea medicilor să depăşească parametrii patului de spital şi graniţa acestuia" (393).

Criteriile strict biologice nu mai pot constitui o bază unică în definirea fenomenelor de sănătate şi de boală, atenţia îndreptîndu-se spre fuzionarea cu acţiunile psihologice, sociale şi chiar culturale.

De aceea, elaborarea indicatorilor socio-economici de sănătate sînt de interes imediat în ceea ce priveşte finalităţile care trebuie atinse pentru a răspunde preocupărilor privind optimizarea stării de sănătate.

Se poate spera punerea la punct a unor indicatori care să exprime diversitatea, bogăţia, complexitatea dezvoltării sociale şi sanitare. Conţinutul, cadrul şi inventarul acestor indicatori trebuie înţelese, analizate şi confruntate în funcţie de regiuni.

Se impune eliminarea a tot ceea ce este perimat în materie de apreciere a sănătăţii, a tot ceea ce se rezumă numai la laturile pozitive — viziunea pozitivă nu exclude tratarea problemelor de patologie — dar important este ca aceste probleme să fie examinate concret,



Scanned with OKEN Scanner

pe colectivităţi. Aceste inventare trebuie utilizate într-o optică de previziune, precum şi ca indicatori ai unui risc viitor.

În acest scop, sociologia medicinei este chemată să contribuie cu analize pertinente la fundamentarea ştiinţifică a politicii sanitare în domeniul medicinei preventive a colectivităţilor umane.

Viitorul în medicina românească este prefigurat cu deosebită claritate în documentele Congresului al XII-lea al P.C.R., conform cărora omul — cu nevoile sale materiale şi spirituale — va continua să stea în centrul politicii şi al tuturor eforturilor social-economice. Printre obiectivele trasate de Congres sistemului nostru medico-sanitar se numără creşterea calităţii vieţii, un plus de 15 000 paturi de spital în cincinalul 1981—1985, un buget cu 32% mai mare pentru ocrotirea sănătăţii şi cîteva mii de cadre suplimentare cu pregătire superioară (398). „Vom avea în următorii ani — sublinia prof. Eugen Proca — nu numai posibilităţi mai bune de lucru, nu numai aparatură mai perfecţionată şi metode moderne de investigaţie sau tratament ; vom avea mai ales o concepţie clară de lucru, aşa cum o precizează legea sanitară. Pentru că ceea ce este revoluţionar în această lege constă tocmai în orientarea concepţiilor medicale către medicina omului sănătos, a prevenirii şi recuperării, a prelungirii duratei active de viaţă, prin raţionalizarea efortului şi a odihnei, prin alimentaţie echilibrată, prin crearea şi răspîndirea obiceiurilor sănătoase“ (398).

Scanned with OKEN Scanner

# 6.
# CRITERII SOCIOLOGICE ÎN ABORDAREA STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI BOALĂ A COLECTIVITĂȚILOR UMANE

„În ansamblul său, contextul social apare ca un factor tot mai important, pentru a prezice comportamentul unui individ, ca și natura și gravitatea stării sale de boală".

CLAUDINE HERZLICH

## 6.1. MEDICINA – O ȘTIINȚĂ SOCIALĂ. SISTEMUL DE ÎNGRIJIRE MEDICALĂ CA SISTEM DE CONTROL SOCIAL

Este medicina sau nu este în prezent o știință socială ? Răspunde ea în mod eficient cerințelor sociale impuse de dezvoltarea civilizației contemporane ? Care este locul individului și al colectivității în concepția ei actuală despre sănătate și boală ? Pentru a răspunde la aceste întrebări este necesar să considerăm cel puțin două dimensiuni ale analizei sistemului de îngrijire medicală în epoca noastră : pe de-o parte evaluarea schimbărilor intervenite în practica și teoria medicală, ca urmare a integrării factorilor sociali în concepția despre sănătate și boală, pe de altă parte aprecierea marilor progrese înregistrate de tehnicile medicale, de modalitățile actuale de organizare a actului medical, în condițiile unei medicini instituționalizate și integrată social.

Dacă sistemul de îngrijire a sănătății funcționează astăzi ca un important sector de activitate socială, pătrunderea punctului de vedere social în medicină pare să justifice din ce în ce mai mult aprecierea mediului social ca importantă variabilă explicativă a bolii și sănătății. În mod evident, pertinența unei asemenea concepții apare ilustrată și mai bine de definițiile actuale ale celor două fenomene. Astfel, în definiția dată de O.M.S., sănătatea este apreciată ca „o condiție de bunăstare fizică, psihică și *socială* (sublinierea noastră) completă și nu numai lipsa bolii sau infirmității" (9). Dinamica stării de sănătate a populației impune depășirea concepției tradiționale despre caracterul individual al relației între medic și bolnav, circumscriind această relație în raporturile sociale complexe care se stabilesc la nivelul social integral.



Scanned with OKEN Scanner

Atît pe plan individual, cît și colectiv, sănătatea se impune ca valoare universală, la care orice societate se raportează potrivit idealului ei.

Raportul dintre sănătate și societate — departe de a epuiza conținutul stării biologice și demografice a populației — apare ca un indicator important al aprecierii bunăstării generale atît pe plan economic, cît și cultural. Îmbunătățirea situației sanitare, ca premiză și consecință directă a ridicării nivelului de trai, depinde, în cea mai mare măsură, de condițiile economice, sociale și culturale ale populației. O asemenea înțelegere globală a dependenței sistemului sanitar de factorii macrosociali, implică în mod evident necesitatea extrapolării actului medical dincolo de repere exclusiv biologice. Dacă în cadrul parametrilor biologici, sănătatea nu mai poate fi definită în mod satisfăcător, concepțiile actuale se orientează din ce în ce mai mult către dimensiuni integrate și complementare ale statutului sănătății (biofizice, psihologice și sociale).

*

Literatura sociologică a încercat, în dese rînduri, să elaboreze problemele specifice de care trebuie să se țină seama cînd se formulează o definiție clară a sănătății și bolii. În unele studii s-a încercat chiar schițarea principalilor factori care condiționează dinamica stării de sănătate a populației, rolul de bolnav, comportarea față de boală. Astfel, descrierile lui Parsons și Freidson despre rolul de bolnav, condițiile în care este adoptat sau nu acest rol (Mechanic, Philips, 1965), comportarea față de boală (R. M. Coe) au atras atenția și au dovedit că reacțiile la boală diferă în funcție de o multiplicitate de variabile cu conținut social, dintre care gradul de cultură (Paul Z., 1955 ; Zborowski, 1969), mobilitatea și stratificarea socială (Ross, 1962), tipurile de influență (S. Bloom, 1965) și factorii de situație (F. Devis, 1963 și Roth, 1963) sînt numai cîțiva.

Cercetările făcute în această direcție au demonstrat importanța influențelor exercitate de mediul social asupra patologiei umane, evidențiind necesitatea luării în considerare a tuturor elementelor care contribuie la buna desfășurare a relației om-mediu. Studiile sociologice cu privire la comportarea față de boală, la rolul de bolnav, au însă în cele mai dese cazuri un caracter fragmentar. Aproape toți cei care au scris pînă acum despre comportamentele sociale determinate de sănătate și boală au arătat numai trecător faptul că familia, de exemplu, poate fi angajată într-un mod oarecare. Cercetările privind rolul familiilor în comportarea față de boală s-au concentrat mai ales asupra anumitor forme de boli psihice, existînd relativ puține încercări în domeniul examinării influenței structurii familiale asupra comportării individuale în legătură cu bolile obișnuite, somatice. O limitare frecventă în multe studii de acest gen poate fi surprinsă în tendința de a examina numai unele aspecte ale vieții de familie (modurile de creștere a copilului, atitudinile părinților, relațiile mamă-copil și, uneori, triada mamă-tată-copil) (41). Sînt mai rare analizele comportării întregii familii, ca o manifestare în legătură cu comportarea la sănătate și boală și cele care evaluează influența posibilă a unor caracteristici familiale ca : lipsa părinților, importanța rudelor, chiar a prietenilor, poziția în cadrul rudeniei, numărul copiilor supuși anumitor boli etc. Cu toate că este evident că ansamblul familial influențează com-



Scanned with OKEN Scanner

portarea în legătură cu utilizarea serviciilor sanitare, puține studii și cercetări au fost întreprinse în acest domeniu.

„Medicul — arată M. Voiculescu — trebuie să se ocupe în primul rînd de sănătatea bolnavului, dar el nu trebuie să uite că în același timp este și mediator între bolnav și societate și deține o responsabilitate socială, adică se opune oricăror solicitări abuzive și cheltuieli sanitare inutile".

Mechanic și Volkart, de exemplu, au sugerat că comportarea la boală este în relație diferențială cu două variabile independente : „tendința de a adopta rolul de bolnav" și gradul de „percepere a tensiunii" (stress) (42). Aceste două variabile au fost cercetate pe linia grupurilor sociale, a grupului etnic și a vîrstei și mai puțin în legătură cu structura familiei și sectoarele de rudenie sau nerudenie ale rețelei sale sociale. Pare însă plauzibil că structura familiei poate fi o variabilă mai influentă decît factorii de vîrstă, sex, grup etnic ș.a.m.d.

Se observă deci că un număr mare de probleme, adesea neformulate, se prezintă spre atenția serviciilor sanitare și sociale, care trebuie să dea importanță mai mare rolului posibil al numeroșilor factori sociali în comportarea față de sănătate și boală. În general, se poate spune că s-a acordat puțină atenție în literatura mondială de specialitate, conceptualizării sănătății ca statut social.

Delimitarea clară a acestui concept este o importantă problemă a sociologiei medicinei, care atrage atenția asupra rolului social și comportării bolnavilor, argumentează că sănătatea și boala pot fi înțelese într-un cadru specific sociologic, cu privire la modificările biofizice ale stărilor organice ale indivizilor, acordînd o atenție specifică împrejurărilor în care sînt calificate ca fiind stări de sănătate sau de boală.

## 6.2. NOȚIUNEA DE BOALĂ. BOALA CA DEVIERE DE LA „NORMAL". SEMNIFICAȚIA LOGICĂ ȘI METODOLOGICĂ A NOȚIUNII DE BOALĂ

Din punctul de vedere al etiologiei bolilor, noțiunea de boală desemnează un anumit mod de deviație sau abatere de la funcționarea normală a organismului, care are consecințe nedorite, în măsura în care „produce disconfort personal sau afectează în mod ostil viitorul statut de sănătate a individului" (43).

Privit prin această prismă, efectul bolii are categoric un sens disfuncțional, raportat atît la consecințele sale asupra organismului uman, cît și la consecințele sociale care decurg dintr-o asemenea împrejurare. Totuși, dacă încercăm să abordăm explicit noțiunea de boală, observăm că, departe de a avea un conținut precis, identificabil în toate cazurile și în toate situațiile, această noțiune se arată destul de ambiguă, în raport cu sensul obiectiv care trebuie atribuit caracteristicii de abatere, de deviere de la funcționalitatea normală, optimă, a organismului.

Într-adevăr, e mult mai ușor de diagnosticat boala cînd aceasta corespunde unui model clinic identificabil ; durerea, suferințele, starea de disconfort ale bolnavilor sînt elemente care orientează pe medic în direcția stabilirii unei cauze fundamentale, care provoacă suferința subiectivă a bolnavului. Sifilisul, de exemplu, cancerul, tuberculoza ș.a.m.d.



Scanned with OKEN Scanner

presupun în mod evident o asemenea cauză și de aceea sînt mult mai ușor de identificat în termenii entităților clinice cunoscute.

Cînd este vorba însă de tulburări funcționale, cum este cazul celor de natură psihică (nevrozele, schizofrenia, conversiunile psihosomatice etc.), noțiunea de cauză fundamentală a bolii apare inoperantă, făcînd necesară o delimitare mult mai clară și mai precisă a însuși termenului de boală.

Ocupîndu-se de noțiunea de boală „inaparentă", care marchează calitatea definitorie a procesului morbid — acela de a *nu fi evident clinic* (sublinierea noastră) — acad. Șt. Milcu arată că în epoca contemporană există numeroase dificultăți de diagnostic, de prognostic și de profilaxie a infecțiilor de contact în hepatita virotică, în tuberculoza ocultă, în salmoneloze ș.a.

Boala inaparentă — subliniază acad. Milcu — ni se înfățișează imediat ca o modalitate calitativă de existență a unui proces morbid în etapa lui moleculară, biochimică. Această categorie nosografică este clinic recunoscută, calificată ca o boală în stadiul biologic. Procesul poate să rămînă ca atare, fără expresie clinică. De fapt, el are un tablou morbid oligosimptomatic și frust, nespecific, care nu atrage atenția bolnavului și nu este sesizat de perspicacitatea medicului (394). Oricum, acest termen este utilizat în sensuri extrem de diferite, referindu-se fie la o ipoteză medicală, care implică un sindrom clinic specific, fie la o teorie sistematică, care călăuzește în mod metodologic acțiunea medicului. Astfel, V. Săhleanu, referindu-se la afimația lui Th. Brugsch, potrivit căreia boala reprezintă o unitate sistematică (neconformă cu o realitate materială unitară) a unei doctrine medicale, consideră această noțiune ca un fapt de ordinul esenței, corespunzînd unui „element metodologic fundamental al științei medicale" (30).

În măsura în care esența este mai săracă în conținut decît fenomenul, reducîndu-l la o schemă generalizatoare, ea îmbogățește cunoașterea, devenind, element fundamental al constituirii unei științe. „Deoarece cunoașterea vrea să cunoască adevărul existenței în sine și pentru sine" — spunea Hegel — „ea nu se oprește la nemijlocit și la determinările lui, ci pătrunde prin el, presupunînd că dincolo de această existență mai există altceva decît existența însăși, că acest fundal constituie adevărul existenței" (44).

Se evidențiază astfel conținutul logic și natura metodologică a noțiunii de boală, ca realitate „esențială", care din punct de vedere fenomenologic este asimilabilă unor tulburări funcționale, ce împiedică buna desfășurare și corelație a proceselor organismului biologic.

## 6.3. SEMNE ȘI SIMPTOME

Putem considera deci, că noțiunea de boală circumscrie conținuturi diferite, dovezile recunoscute pentru a determina starea de boală nefiind nici ele unitare. În general, medicii recunosc două feluri de dovezi.

Primele, numite „semne", constau din evenimente direct observabile, cum ar fi : febra, masele palpabile, indicii presiunii sanguine și cei rezultați din analizele făcute în laborator etc. Aceste „semne" sînt considerate, în general, ca dovezi obiective de boală, care se potrivesc cu criteriile



Scanned with OKEN Scanner

„pozitiviste", în măsura în care sînt dependente de gîndirea sau voința omului. Ele sînt evaluate ca fiind mult mai valoroase metodologic decît „simptomele", în desemnarea unui individ ca sănătos sau bolnav. Spre deosebire de „semne", simptomele, în afară de faptul că nu sînt direct observabile de medic, se cunosc mai curînd din spusele pacientului. Ele pot să cuprindă modificări în modul de simțire, de capacitate, sau alte schimbări și perturbări observate de pacient, care, bineînțeles, le va comunica medicului. Dacă nu sînt coroborate cu semnele, simptomele nu sînt în general considerate ca definind prin ele însele starea de boală a unui individ. Ca urmare, semnele sînt socotite mult mai definitorii decît simptomele în acordarea statutului de bolnav, unui anumit individ, tocmai pentru că sînt în mai deplină armonie și concordanță cu evidența obiectivă impusă de criteriile pozitiviste. Accentul pe semne și simptome variază însă, în funcție de concepția diferiților medici și corespunde de fapt raportului care se stabilește între boală, așa cum este ea definită de medic și boala definită prin aprecierea subiectivă făcută de pacienții înșiși (45).

### 6.3.1. CRITERIUL NONCONFORMISMULUI SOCIAL

Urmărind acest punct de vedere, reținem ca un criteriu esențial în desemnarea stării de boală, determinarea gradului de abatere față de funcționalitatea normală a organismului, criteriu care aduce în centrul atenției probleme cu caracter individual și social. Astfel, abaterile de la normele sociale de comportament pot fi calificate și ele ca „devieri funcționale", chiar dacă nu implică elemente patologice. Referindu-se la acest fapt, David Mechanic consideră că, uneori, criteriile bolii sînt aplicabile chiar la grupe sociale mai largi, cum ar fi „grupele de beatnici și cele alcătuite din extremiștii religioși" (43). Desigur, această afirmație apare plauzibilă, dacă avem în vedere abundența „filialelor subculturale" (beatnici folclorici, hippy autentici etc.), care încearcă să se sustragă tendinței de manipulare și de „establishment", promovate de „societatea de consum".

„Gradul de răspîndire a tulburărilor de personalitate, a nevrozelor și chiar a simplei epuizări psihice în societatea noastră — arată Alvin Toffler — denotă că multor indivizi le vine din ce în ce mai greu să-și elaboreze un stil personal rațional, integrat și suficient de stabil... Ne găsim în fața unei ispititoare și înspăimîntătoare extinderi a libertății" (47).

Noțiunea de devianță, în sensul sociologic al termenului, a fost dezvoltată după Parsons, de Sellin și Merton, care s-au ocupat între altele și de problemele socio-criminogenezei. Definind devianța ca ansamblul comportamentelor orientate contra ordinii stabilite, ei nu făceau altceva decît să respecte principiile funcționale ale lui Parsons. Merton a arătat însă, că disfuncția are o importanță la fel de mare ca și funcția. Treptat, în cercetarea sociologică, conceptul de devianță a fost înlocuit cu cel de delincvență, concept rezultat din efortul analiștilor pentru delimitarea unui cîmp de cercetare, pornind de la criterii științifice și degajate de orice altă legătură.



Scanned with OKEN Scanner

### 6.3.2. CONCEPȚIA „BUNĂSTĂRII NATURALE" A INIDVIDULUI

În decursul timpului, știința medicală a elaborat teorii asupra naturii bolii, care exprimă în mod nuanțat diferitele aspecte ale relației dintre individul uman și boala sa. Dintre aceste teorii, de cea mai largă audiență s-a bucurat cea care considera individul ca fiind „de la natură" sănătos și bine adaptat.

Starea de armonie internă poate fi însă perturbată de un agent exterior, care pătrunde în organism și împiedică buna funcționare a acestuia. Acest agent poate fi un traumatism fizic, diferite contuzii, răniri sau comoții, o substanță chimică (acid, gaz toxic, lichid caustic), un germen care provoacă o infecție, sau chiar un traumatism mental. Potrivit acestei teorii, boala constă din totalitatea deviațiilor de la buna funcționare a organismului, ca și din suma resurselor interne mobilizate contra acestor deviații.

Acest gen de teorie apare în mod psihologic determinat de opinia (și speranța) care circulă curent în mediul profan și care consideră că noi sîntem „buni" de la natură, iar ceea ce este „rău" vine din exterior.

Magia primitivă, exorcismele, diferitele tehnici medicale și chirurgicale (spălăturile stomacale, recoltările de sînge cu ajutorul lancetei etc.) toate erau îndreptate către eliminarea acestui „rău" exterior. Latinii desemnau boala prin două cuvinte, *„male habitus"* (stare rea), care au dat naștere mai tîrziu celor două noțiuni pe care francezii le utilizează cînd se referă la această stare : *maladie* (boală) și *malaise* (indispoziție). Există variate forme de tulburări, care fac ca o persoană să se găsească într-o „stare rea" și, ca urmare, termenii „boală" și „indispoziție" pot îngloba toate dificultățile inerente condiției umane, atît cele care provin din mediul fizic, cît și cele care rezultă din influențele mediului social. Din acest punct de vedere, medicii consideră că, pentru a rezolva problemele unei persoane „indispuse", factorii subiectivi și sociali pot fi la fel de importanți ca și leziunile organice sau tulburările de comportament, diagnosticate de medic.

### 6.3.3. BOALA ȘI EFECTELE EI ASUPRA EXERCITĂRII ROLULUI SOCIAL

Desigur, medicina modernă a extins conceptul de boală la orice stare organică sau psihică, reală sau imaginară, care perturbă senzația de bunăstare a unei persoane, amenințîndu-i existența. Totuși, trebuie reținut că această stare nu numai că interesează sau alterează funcționalitatea organismului, dar ea interzice, totodată, persoanei bolnave să acționeze ca ființă umană, împiedicînd atingerea scopurilor sociale pe care și le-a propus. M. Field, președintele Societății internaționale de sociologie a medicinei, sublinia în această privință : „Noi considerăm societatea ca un sistem, vedem în ea o anumită ordine, reguli sau structuri care funcționează îndeplinind anumite nevoi. Dar la baza acestei societăți stă omul, care în cursul vieții joacă anumite roluri. Societatea depinde de felul în care membrii ei își îndeplinesc rolurile. Fiecare rol își are indicațiile și interdicțiile proprii și, ceea ce asigură stabilitatea sistemului social, este putința de a prevedea în ce mod sînt îndeplinite aceste roluri" (46).

Medicina contemporană se confruntă astăzi cu problemele de sănătate ale omului în ambianța mediului de muncă, de viață, de conviețuire.



Scanned with OKEN Scanner

Mediul economic, social, spiritual în care trăiește omul are desigur o influență decisivă asupra stării sale de sănătate sau de boală. Rolul în societate, funcția și poziția sa specifică la locul de muncă (muncitor, funcționar, inginer, militar, intelectual etc.) sau în familie (soț, părinte, fiu, bunic, dependent sau, dimpotrivă, încărcat de răspunderi față de terți) constituie factori de bază care influențează în cel mai înalt grad, relația sa cu agenții bolii. Printre factorii cei mai importanți care amenință rolurile pe care le joacă omul în societate se numără cei incluși în cauzalitatea bolilor fizice sau mintale. O astfel de boală sau moartea prematură pot interveni, împiedicînd îndeplinirea rolurilor sociale.

Se observă deci multitudinea de interpretări pe care le poate lua concepția „bunăstării naturale" a omului, în raport cu pluralitatea influențelor exercitate de agenții „străini", ai mediului fizic și social.

### 6.3.4. BOALA CA PREDISPOZIȚIE CONSTITUȚIONALĂ

Există însă și o altă „teorie", care relevă de fapt impresia pe care și-o face de obicei bolnavul despre boala de care suferă. Potrivit acestei teorii, individul se manifestă în mod integral (fizic și psihic) ca fiind „sănătos" și „bine" (în stare bună), pînă în momentul în care un anumit lucru (organ) din el devine „rău" (în stare rea de funcționare). Și în acest caz, ca și în primul, agentul perturbator provoacă suferința subiectivă a individului.

Ne putem întreba care dintre cele două concepții este mai apropiată de adevăr ? Răspunsul nu este deloc ușor și implică de fapt cercetarea experimentală a ambelor variante cauzale. Desigur, o gripă, de exemplu, poate fi în mod simplu atribuită unui anumit agent „rău", venit din exterior. Dar dacă un pacient revine periodic la medic pentru că în permanență „colectează" diferite infecții, putem vorbi de hipersensibilitate, „predispoziție" sau lipsa apărării imunitare. Noțiunea de „morbotropism" desemnează tocmai această „predispoziție" a populației către anumite tipuri de boli.

Se pune, firesc, întrebarea : care este factorul prim și care este factorul secund : boala sau terenul ? Sînt ele independente una de alta, interdependente, sau una dintre ele este cauza și cealaltă efectul ? Oare ulcerul gastric reprezintă o predispoziție constituțională a persoanelor nervoase, sau dimpotrivă, este determinat de „indispoziția", „insatisfacția", „disconfortul" persoanei în raport cu elementele mediului extern ? Avînd o deosebită importanță în patologie, „terenul" se referă la acțiunea elementelor de mediu asupra unei structuri vii, ca și la modul în care antecedentele organismului, împreună cu componența ereditară, endocrină, neurologică și condițiile externe oferă o reacție specifică. „Terenul — arată V. Săhleanu — este chemat nu numai să explice de ce aceeași cauză poate să aibă efecte diferite, de la un individ la altul, ci și de ce cauze diferite pot să aibă același efect" (394).

Medicina terenului este profund integrativă și cuprinde în ea „rezultatele medicinei constituționaliste și biotipologice, ale medicinei nerviste și psihosomatice". Oferind o schemă comparativă între componentele medicinei „clasice" și ale medicinei terenului, V. Săhleanu conchide că „corolarul logic" al medicinei terenului este o „medicină a omului



Scanned with OKEN Scanner

sănătos", care „nu va urmări numai ameliorarea constituției amenințată de boală, ci și corectarea deficiențelor în raport cu necesitățile profesionale, sociale sau chiar în raport cu un ideal" (394).

Pînă de curînd, se admitea numai tacit că orice boală generează (sau implică) o „suprastructură nevrotică". În cursul ultimelor patru decenii însă, sub influența unor omnipracticieni (G. Groddeck, S. Ferenczi și S. E. Jelliffe), gîndirea medicală a înregistrat progresiv o serie de modificări.

Această schimbare a determinat ceea ce se numește în prezent medicina psihosomatică. Totuși, nici acum problema nu este definitiv rezolvată, pentru că ne putem întreba care este originea acestor predispoziții, fie ele psihosomatice sau nu. Considerînd că psihosomatica este statuată în prezent ca o școală în medicină, Fl. Georgescu și Tr. Negru considerau că ea își precizează astfel problemele fundamentale : stabilirea rolului factorilor psihici într-o serie de boli somatice ; stabilirea mecanismelor de transpunere a tulburărilor psihice într-o serie de simptome somatice ; stabilirea raporturilor de cauzalitate între personalitatea individului și boala psihosomatică ; stabilirea specificității reacției anumitor organe la acțiunea unor „stressuri" emoționale (conflicte). Cele 3 ipoteze ale specificității localizării somatice (a specificității, nespecificității și a specificității răspunsului individual) obligă să se ia în considerare conceptul de boală ca manifestare a întregului organism și omul, în înțelesul său global (394).

## 6.4. SĂNĂTATEA CA STARE NORMALĂ ȘI STANDARDELE NORMATIVE

### 6.4.1. SISTEMUL DE ÎNGRIJIRE MEDCALĂ CA SISTEM DE CONTROL SOCIAL

Din punct de vedere sociologic, sănătatea și boala sînt legate de problemele largi ale devierii, conformității și controlului social. Astfel, cunoscutul sociolog Talcott Parsons considera boala ca o formă de comportare deviată de la normal, iar sănătatea ca un anumit tip de comportare conformistă (48). Punînd problema ordinei sociale în termenii „establishment"-ului american, a integrării conformiste în cadrul societății „de masă", Parsons elaborează o teorie „structuralist-funcționalistă", conform căreia orice acțiune umană are un caracter normativ. Parsons afirmă că structura oricărui sistem social constă de fapt în structura lui de roluri sociale, în capacitatea funcțională a indivizilor de a fi integrați în societate. Supusă permanent condiționărilor și exigențelor sistemului, acțiunea umană este „modelată" în întregime de normele, valorile și simbolurile sociale, avînd din acest punct de vedere un caracter normativ și axiologic nemijlocit. Din punct de vedere al consecințelor pentru medicină, pentru înțelegerea sociologică a sănătății și bolii, această teorie reprezintă reluarea și actualizarea vechii concepții *organiciste*, care arată că sistemul social funcționează în mod analog cu organismul uman, fiecare funcție contribuind la menținerea și adaptarea întregului. Subliniind această idee, în monografia dedicată concepției lui Parsons, Lucia Dumitrescu-Codreanu arată că, la sociologul american, „premisele ordinii" din societate sînt puse de alcătuirea „organistică" a sistemului social de struc-



Scanned with OKEN Scanner

turi şi funcţii, între care există o anumită corespondenţă ce asigură „funcţionarea organismului social“ (49). Ca urmare a acestei concepţii conservatoare, forţa integrativă a totalităţii reduce la minimum antagonismele structurale, asimilînd şi controlînd diferitele tendinţe perturbatoare şi disfuncţionale, care alterează integritatea organismului. De aceea problemele sănătăţii şi bolii sînt privite ca probleme specifice de „biologie socială“ (raportul organism uman-organism social), care aduc în prim plan aspectele biologice şi sociale ale comportării umane (sănătatea) şi pe cele ale deviaţiei care se abate de la acest comportament normal (boala).

În această perspectivă, sistemul de îngrijire medicală este privit ca un sistem de control social, norma de referinţă fiind sănătatea perfectă, adică un ideal către care oamenii sînt permanent orientaţi. Înţelegerea perspectivei „devierii“ necesită explicarea sănătăţii ca fiind ceva normal, iar această deviere, odată etichetată sau diagnosticată, devine element de control pentru funcţia de îngrijire medicală a sistemului social.

### 6.4.2. SĂNĂTATEA ŞI STANDARDELE NORMATIVE

Majoritatea studiilor consacrate definiţiei sănătăţii şi bolii sînt orientate către înţelegerea sănătăţii ca un fenomen normal (Lewis, 1953 ; Parsons, 1958).

Starea de sănătate normală nu poate fi luată în considerare decît în contextul unei definiţii culturale şi de grup, devenind o normă socială, corespunzătoare unor standarduri, potrivit cărora starea indivizilor poate fi satisfăcătoare sau nu, în îndeplinirea sarcinilor lor.

Acest lucru trebuie înţeles în sensul că, în toate ideile despre sănătate şi boală sînt cuprinse conceptul de conformitate normală şi acela de comportament normal. Dar aşa cum arăta D. Mechanic în lucrarea „Medical Sociology“, aceste concepte „depind pe de-o parte de starea instituţiilor de sănătate şi a ştiinţei medicale, iar pe de altă parte de contextul social şi cultural în care apar definite problemele umane“ (43).

Sistemul valorilor culturale ale unei societăţi reprezintă, prin urmare, principalul punct de referinţă pentru înţelegerea şi interpretarea noţiunilor de sănătate şi de boală, ca noţiuni conţinute în axiologia ei. Problema centrală care constă în definirea sănătăţii şi bolii este comună societăţilor cu valori extrem de diferite, preciza T. Parsons, iar orientarea dinamică a societăţilor moderne duce la diferenţe de accent, mai curînd decît la criterii fundamentale, necesare definirii bolii. Sănătatea apare ca o necesitate funcţională a sistemelor sociale şi orice societate are un interes primordial pentru menţinerea capacităţii populaţiei sale la un nivel suficient de ridicat, pentru a asigura îndeplinirea acestor sarcini fundamentale. Sociologul american subliniază că problema definirii sănătăţii şi a bolii este în legătură directă cu „problema statutului şi rolului, în măsura în care rolul şi îndeplinirea sarcinilor sînt fundamentale în toate societăţile omeneşti“ (48). „Trebuie să existe deci totdeauna standarde de potrivire între asemenea realizări şi capacităţile care le sprijină şi care prespun deci deosebiri între stările indivizilor, mulţumitoare sau nu din punctul de vedere al acestor standarde“.

Cu alte cuvinte, capacităţile „funcţionale“ ale indivizilor sînt totdeauna apreciate în raport cu un anumit standard normativ. Neputinţa



Scanned with OKEN Scanner

de a corespunde standardelor stabilite, provenită din deficienţe ale capacităţii, tinde să fie definită ca boală, pe cînd alte „etichetări" ca „păcatul, lipsa de loialitate şi crima (în societatea capitalistă) tind să fie ataşate la deficienţele considerate ca aflîndu-se sub controlul motivării individuale". Sănătatea — conchide Parsons — poate fi definită ca „starea de capacitate optimă a unui individ de a îndeplini eficient rolurile şi sarcinile pentru care a fost socializat". Ea este deci, definită în raport cu participarea individului la sistemul social.

## 6.5. TEORIA „ETICHETĂRII"

A spune că o concentrare a atenţiei asupra capacităţilor funcţionale ale indivizilor procură înţelegerea sociologică corectă a bolii, nu înseamnă că ignorăm în acest cadru alte sisteme de referinţă, cum ar fi problemele biologice şi psihologice ale sănătăţii şi bolii.

Totuşi, desemnarea indivizilor ca sănătoşi şi bolnavi apare, în majoritatea cazurilor, ca o chestiune de definiţie socială, implicînd un grad — cel puţin minimal — de acord între persoana în cauză şi cei care definesc starea acesteia. Cînd termenii „sănătos", „bolnav" şi „normal" sînt folosiţi cu privire la *starea* unui individ, aceasta apare ca un fel de etichetă socială, care poate fi atribuită unei persoane şi care, într-o măsură oarecare indică modul în care aşteptăm să se comporte aceasta şi modul în care ar urma ceilalţi să se comporte faţă de ea. Cu privire la problema sănătăţii, societatea acceptă unele criterii şi respinge altele, înregistrîndu-se o variaţie culturală „în mozaic" a criteriilor folosite. De asemenea, diferitele persoane, oglindind variabil valorile populaţiei şi subpopulaţiilor din care fac parte, pot utiliza criterii total diferite, pentru a atribui starea de „sănătos" sau „bolnav" celorlalţi indivizi din comunitate. Un exemplu ilustrativ este oferit de eminentul microbiolog şi istoric medical R. Dubos, care dădea ca exemplu cazul unui trib din America de Sud în care „spirochetoza discronică" (o boală de piele caracterizată prin apariţia pe corp a unor pete colorate) era atît de comună, încît indienii care nu o aveau erau consideraţi ca anormali şi excluşi de la căsătorie. „Năzuinţele care animă oamenii pentru fiecare scop nou — sublinia Dubos — fac destinul lor mult mai puţin predictiv decît al celorlalte fiinţe vii". Pentru acest motiv „sănătatea şi bunăstarea nu pot fi valori absolute şi permanente, în pofida planificării sociale. Succesul biologic, în toate manifestările sale, apare ca o dimensiune a *conformităţii* (sublinierea noastră), iar aceasta solicită eforturi permanente de adaptare la mediul total care se schimbă mereu" (50).

Este deci necesar să existe un „indice" cultural de „deviaţie" de la sănătatea „perfectă", pentru a putea „eticheta" o persoană ca fiind bolnavă sau avînd o sănătate „rea", iar acest indice diferă de la o societate la alta, de la un sistem cultural la altul. Oricum, în toate definiţiile sănătăţii şi bolii sînt utilizate valorizări culturale cu privire la stările fizice care sînt dorite şi nedorite, „bune" sau „rele". De exemplu, dacă în anumite societăţi totemice, epilepticii sînt consideraţi un grup social „privilegiat", atribuindu-li-se puteri supranaturale, în alte societăţi ei sînt „etichetaţi" atît ca bolnavi, cît şi ca obiect al prejudiciului social.



Scanned with OKEN Scanner

Depășind falsa antinomie dintre gîndirea logică și mentalitatea prelogică, cunoașterea științifică a demonstrat că universul „primitivilor" este la fel de coerent și „logic" structurat ca oricare altul. Astfel, nivelul pînă la care „subnormalitatea mentală" este etichetată ca o condiție patologică depinde de normele și valorile culturale ale grupului, de situațiile și idealurile de viață ale acestuia. Așa cum arăta R. Dubos, nici sănătatea nici boala nu sînt entități în sine. Ele sînt utilizate pentru caracterizarea unui anumit proces de adaptare, „conform cu cererile de schimbare a vieții și sensul pe care îl atribuim acestor schimbări" (50).

## 6.6. NORMAL ȘI PATOLOGIC DIN PERSPECTIVĂ SOCIOLOGICĂ. SĂNĂTATEA BIO-PSIHO-SOCIALĂ

În secțiunea anterioară am urmărit modul în care au evoluat de-a lungul timpului reacțiile societății față de fenomenul bolii, axîndu-ne în mod special asupra condițiilor sociale care au determinat o asemenea variabilitate istorică. Este necesar însă să avem în vedere și o altă dimensiune a analizei și anume pe cea care, pentru înțelegerea sănătății și bolii, pornește de la evaluarea raportului între elementul normal și cel patologic. De la început trebuie făcută precizarea că aceste noțiuni nu pot fi considerate numai din punctul strict de vedere al biologului, fiziologului sau medicului, ci ele au o perspectivă mai largă, care include ca element fundamental factorul cultural.

Factologia, orice acumulare de fapte, simptome, sindroame (clinice, morfologice, fiziologice etc.) particulare, a ajuns astăzi la dimensiuni uriașe. Există chiar amenințarea de a fi înecat în amănunte, de a rămîne la suprafața lucrurilor, întrucît adesea faptele nu servesc la descoperirea legilor principale ale vieții. Principala sarcină a medicinei este scoaterea la iveală a legăturii legice și genetice între faptele izolate și generalizarea și sistematizarea lor.

Sarcina oricărei științe, inclusiv a medicinei, nu trebuie să se limiteze la scoaterea la iveală, înregistrarea și descrierea faptelor. Faptele nu reprezintă decît o parte din medicină. Conținutul medicinei, ca știință, este mult mai larg decît factologia ei. „Cunoașterea — spune Claude Bernard — constă nu în fapte, ci în urmările care decurg din aceste fapte".

### 6.6.1. CRITERII DE DETERMINARE A BOLII

Omul este în același timp ființă biologică și socială. Latura biologică și cea socială a omului formează o unitate dialectică a contrariilor. În organismul omenesc, procesele biologice se desfășoară în forme dialectice exprimate. Ca ființă biologică, omul este subordonat legilor generale ale naturii, care condiționează dezvoltarea tuturor ființelor vii (unitatea dintre organism și mediu, hrana, înmulțirea, ereditatea etc.). Definiția vieții dată de Fr. Engels este valabilă atît pentru om, cît și pentru alte specii de ființe vii. Așa cum subliniază G. I. Țaregorodțev, folosind categoriile dialecticii materialiste, se poate spune că definiția dată de Fr. Engels scoate la iveală ceea ce este comun, propriu celor mai diferiți reprezentanți ai lumii ființelor vii, care se găsesc pe diferite trepte ale scării filogenetice. Dar, în afară de ceea ce este comun tuturor, omul



Scanned with OKEN Scanner

mai are ceva propriu, specific, care îl deosebește calitativ de alte specii de animale și care este rezultatul dezvoltării prin muncă, rezultatul înrîuririi unui complex de diferiți factori sociali. Iată de ce, studiind sănătatea și bolile de care suferă omul, medicina trebuie să țină seama nu numai de acțiunea legităților biologice, ci și a celor sociale.

În cadrul strict biologic, sănătatea poate fi definită ca o anumită stare (funcțională) a celulelor, țesuturilor, organelor care realizează continuitatea biologică și armonia perfectă a organismului în raporturile acestuia cu mediul. Totuși, pare destul de probabil ca referințele la cadrul psihologic și social să fie chiar mai importante în elaborarea unei definiții cuprinzătoare a stării de sănătate sau de boală. Uneori se consideră suficientă definirea în mod simplu a sănătății ca absență a bolii ; punerea în relație a celor două noțiuni nu rezolvă însă cu nimic problema obiectivității definirii lor. Medicina trebuie, într-adevăr, să fie obiectivă, dar atunci cînd se confruntă cu problemele definiției bolii, face apel nu numai la elementul biologic, ci și la cel social. Asta nu înseamnă, evident, negarea etiologiei bolii, a cauzelor biologice sau de altă natură care provoacă apariția ei. De multe ori însă, factorii psihologici și sociali existenți în etiologia bolii și în comportamentul bolnavului sînt cei care ne împiedică să afirmăm existența unei singure cauze pentru o anumită tulburare patologică. Noțiunea de cauzalitate multiplă a bolilor are în vedere tocmai acest mod de interpretare a bolii. Dacă boala este într-adevăr o deviere de natură biologică care apare definită în termenii consensului științific medical, al entităților clinice cunoscute, nu se poate însă ignora rolul care revine în această definiție contextului cultural. Definiția bolii diferă astfel cu standardele și normele culturale, în funcție de simbolistica din universul unei anumite societăți, sau, cum spune Steudler, „conceptul de boală, spre deosebire de conceptul de atom sau moleculă, este un concept evaluativ“ (31).

Diferitele grupuri sociale pot defini boala fie ca o schimbare în stările de sensibilitate (orientarea prioritar psihologică), fie ca o schimbare a capacităților de exercitare a rolului social (orientarea socială), sau din punctul de vedere al altor schimbări în care nu participă nici sensibilitatea, nici capacitatea (probabil un sistem de referințe mai specific biologic).

Observăm deci că, pentru indicarea stării de sănătate se poate folosi o largă varietate de sisteme de referință, care includ în mod nuanțat componentele triadei bio-psiho-sociale.

Un consens universal asupra problemei, cine este sănătos și cine este bolnav, nu poate fi realizat cu ușurință, cu atît mai mult, cu cît în unele societăți este posibilă chiar o suprapunere considerabilă între *sănătatea normală și cea „rea“*.

În figura 17 sînt arătate unele dintre modurile alternative în care definiția unei persoane se poate schimba de la „sănătoasă“ la „bolnavă“. Punctul de plecare este starea în care nici individul nu se consideră bolnav și nici nu este „calificat“ ca atare de cei care îi definesc starea (dreptunghiul A). Dreptunghiurile „B“ și „C“ reprezintă dezacordul dintre individ și cei care-i definesc starea. Rezultatul final al operației de definire („etichetarea“, „diagnosticul“) este o stare (dreptunghiul „D“), pe care atît



Scanned with OKEN Scanner

individul, cît și cei care-i definesc starea o consideră ca fiind o „boală“ (Andrew C. Twaddle).

Ținînd seama de variabilitatea gradului în care diferite persoane corespund criteriului utilizat în definirea stării lor de boală, putem considera starea de sănătate perfectă ca un ideal către care tinde orice societate și care valorizează în mod diferit componentele bio-psiho-sociale ale acesteia.

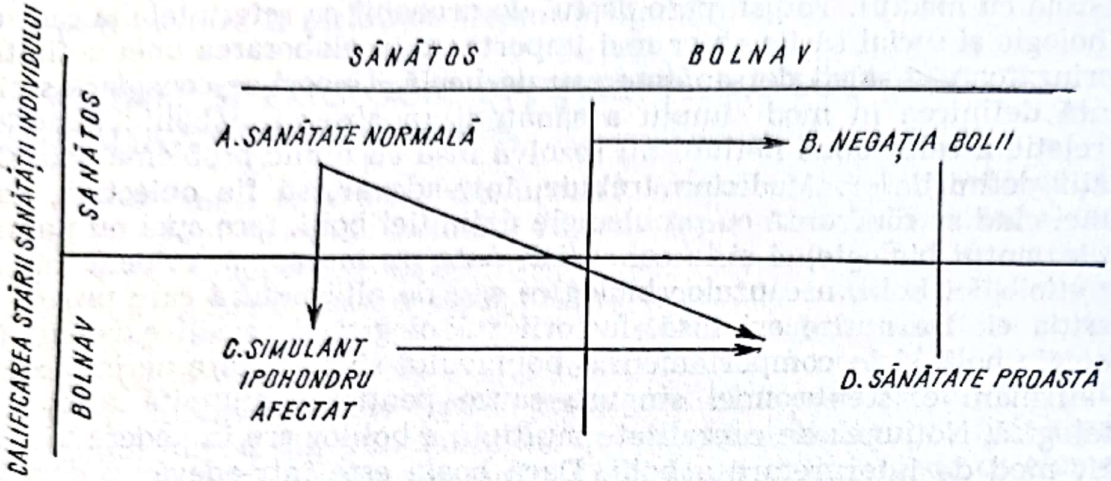



*Fig. 17* — **Relațiile dintre calificarea subiectivă a stării de sănătate a individului și calificatorii lui obiectivi.**

*Din punct de vedere biologic,* sănătatea perfectă ar fi starea caracterizată prin faptul că fiecare celulă a corpului funcționează cu o capacitate optimă și în armonie perfectă cu toate celelalte celule, sau o stare în care fiecare organ funcționează cu o capacitate optimă și în armonie cu toate celelalte organe.

*Din punct de vedere psihologic,* sănătatea perfectă poate fi definită ca o stare în care individul se simte în perfectă armonie cu mediul și poate să facă față tuturor contingențelor.

*Din punct de vedere social,* sănătatea perfectă poate fi definită ca o stare în care capacitățile individuale pentru îndeplinirea sarcinilor și rolurilor sînt optime.

Este evident că oricare ar fi criteriul acceptat, nici o persoană nu ajunge în mod real într-o stare care să poată fi caracterizată drept „sănătate perfectă“. Vechiul adagiu „O persoană pe deplin sănătoasă este una care n-a fost examinată cum trebuie“ relevă tocmai neconcordanța care poate să existe între starea „reală“ a individului și substratul ei „ideal“. Criteriile de determinare a bolii pot să varieze în funcție de gradul în care anumite aspecte există (coexistă) sau trebuie să existe (coexiste) pentru ca un individ să poată fi etichetat „bolnav“ și cît este de bolnav și ele conțin în mod categoric determinări de natură socială și culturală. Deoarece nimeni nu este perfect sănătos și nu toți sînt declarați bolnavi, trebuie să existe o zonă de sănătate mai puțin perfectă, considerată ca *normală.*

Ceea ce este considerat ca normal la unul, poate fi anormal la altul. Un individ a cărui ocupație cere un înalt grad de îndemînare, de



Scanned with OKEN Scanner

exemplu un atlet, poate fi considerat bolnav cînd are doar o deviație relativ mică de la sănătatea perfectă, pe cînd unul fără ocupație, de exemplu un bătrîn pensionar, poate fi considerat normal cu o deviație relativ mare de la sănătatea perfectă. Deci poate să existe o suprapunere considerabilă între comportamentul bolnavului, simptomele exprimate și alți indici, considerați normali sau, dimpotrivă, „maladivi". Întinderea acestei suprapuneri poate fi relativ mică, dacă criteriile care definesc boala sînt specificate numai printr-un singur cadru de referință, și relativ mare, dacă se ține seama de nuanțele culturale ale diferitelor sisteme de referință.

Două puncte par să fie de primă importanță : întîi, măsura în care trebuie să vorbim despre *„sănătatea normală"* în contextul definiției culturale sau al normelor grupului, făcînd apel sau nu la noțiunea de *sănătate perfectă*, și în al doilea rînd, evaluarea acelei zone „neutre", în care definiția sănătății sau bolii nu mai este supusă variabilității culturale. Trebuie însă să ținem seama că există și un teren comun, unde definirea sănătății este supusă variabilității dinăuntrul societății sau dintre diferitele societăți, în comparație cu o zonă mai îngustă la fiecare extremitate, unde factorii nesociali sînt suficient de puternici pentru a exclude nevoia unei definiții sociale.

## 6.7. PARAMETRII STĂRII DE SĂNĂTATE

Pornind de la evaluarea coordonatelor tridimensionale ale definirii sănătății elaborată de O.M.S., considerăm că acestea — chiar dacă se referă la o stare ideală — reușesc să epuizeze totalitatea manifestărilor și a componentelor funcționale și disfuncționale (fizice, psihice, sociale) implicate în starea de sănătate și de boală a colectivităților umane, evidențiind caracterul lor dinamic și permanent fluctuant în raport cu condițiile ambianței. Departe de a fi rigidă și fragmentară, distincția dintre cele trei laturi ale sănătății subliniază deopotrivă caracterul integrat și concertat al preocupărilor contemporane în domeniul medical, orientate din ce în ce mai mult către sinteză și interdisciplinaritate. Definiția preconizată de O.M.S. mai are, de asemenea, avantajul că evidențiază rolul disciplinelor — atît medicale cît și sociale — în cunoașterea și optimizarea stării de sănătate a populațiilor.

Astfel, principalele discipline care se ocupă de om ca ființă biologică sînt biologia și medicina. Biologia se ocupă de relațiile organice și intraorganice ale ființelor vii, iar medicina de intervențiile în aceste relații, în scopul de a satisface buna funcționare a organelor din întregul organism, sau de a împiedica moartea prematură.

Izvorînd inițial din determinările interne de natură somatică și organică și pe baza corelației dintre funcțiile sale biologice și cele psihologice, comportamentul omului apare, însă, ca avînd în mod necesar o condiționare social-istorică și culturală mai largă. Dispunînd de un anumit organism biologic, individul uman internalizează o totalitate de componente psihice și de elemente social-culturale, care fac din mediul social o noțiune centrală a patologiei umane. Evident, omul prezintă atît particularități biologice ca rezultat filogenetic al întregii



Scanned with OKEN Scanner

dezvoltări istorice a speciei umane, cît şi particularităţi psihice şi sociale, izvorînd din natura ontogenetică a dezvoltării sale ca persoană socială. Omul conţine deci în structura-i interioară o anumită determinare a raportului între general şi particular, între necesar şi întîmplător. Preluînd de la specie caracterele constructiv biologice ale acesteia (rasă, tip antropologic, tip constituţional, tip de activitate nervoasă), el reţine şi îmbogăţeşte experienţa ereditară pe fondul unei continue preluări a unor achiziţii individuale şi sociale. Esenţa umană — scria Marx — este constituită de „ansamblul relaţiilor sociale", al acelor relaţii în care capacitatea omului de a munci, de a gîndi şi de a comunica capătă deplina ei afirmare.

Considerarea complexă a omului — atît a celui sănătos, cît şi a celui bolnav — impune astfel integrarea triadei bio-psiho-sociale într-un context unitar. Patologia umană a progresat tocmai în măsura în care a făcut apel din ce în ce mai mult la condiţiile şi influenţele mediului social asupra stării de sănătate a oamenilor. Procesele biologice nu mai pot fi considerate astfel în mod autonom, ci cuprind condiţionări nemijlocit sociale. Starea de armonie biofizică a organismului se corelează direct cu condiţiile de bunăstare materială şi spirituală a existenţei omului. Iată de ce mediul social se dovedeşte a fi un important factor etiologic în bolile de mare răspîndire socială. Unii autori pleacă în considerarea bolii şi sănătăţii atît de la un punct de vedere substanţialist (armonia sau dizarmonia organismului, a celulelor, ţesuturilor şi organelor interne), cît şi situaţional (dependenţa acestora de calitatea ambianţei sociale). Problema capătă deplina ei rezolvare numai în condiţiile considerării complexe a factorilor de mediu, atît al celui natural, cît şi al celui artificial, creat de om. Dacă în cadrul biologic, sănătatea poate fi definită în funcţie de starea celulelor, organelor sau a relaţiilor dintre ele, referinţele la cadrul social şi psihologic par uneori mult mai importante. Patologia umană trebuie să se bazeze pe analiza complexă şi integrală a influenţelor biologice, psihologice şi sociale, raportate la dimensiunile unitare ale sănătăţii şi bolii.

### 6.7.1. PARAMETRII BIOLOGICI AI STĂRII DE SĂNĂTATE

Se referă la condiţia biofizică a organismului uman, care, ca orice organism, are anumite nevoi fundamentale ce trebuie satisfăcute mai înainte ca el să poată funcţiona într-un mod corespunzător unui organism superior organizat (de exemplu : ca fiinţă socială şi culturală). Ca organism, el este compus din celule, ţesuturi şi organe, care trebuie să funcţioneze corespunzător şi într-o armonie perfectă pentru a asigura continuitatea biologică. Totuşi, în cadrul organismului său, omul poate găzdui alte organisme, care pot primejdui continuitatea funcţionării sale biologice. Relaţiile inter- sau intraorganice, în măsura în care primejduiesc această funcţionare, pot să aibă ca rezultat reducerea capacităţilor funcţionale sau moartea, care prejudiciază funcţionalitatea sistemelor de nivel superior. Parametrii biologici au modificări corespunzătoare ciclului de creştere, dezvoltare şi deteriorare. De exemplu : presiunea sanguină tinde să crească cu vîrsta nu numai statistic, ci şi faţă de standardele de acceptabilitate.



Scanned with OKEN Scanner

Ca urmare, semnele de boală, parametrii biologici și standardul de normalitate au diferite surse de variație în ciclul de creștere, dezvoltare și deteriorare, care poate fi privit ca un aspect biologic al ciclului vital. Din fragedă copilărie și pînă în anii tinereții adulte, capacitățile biologice cresc, organismul este capabil să îndeplinească sarcini destul de compli-

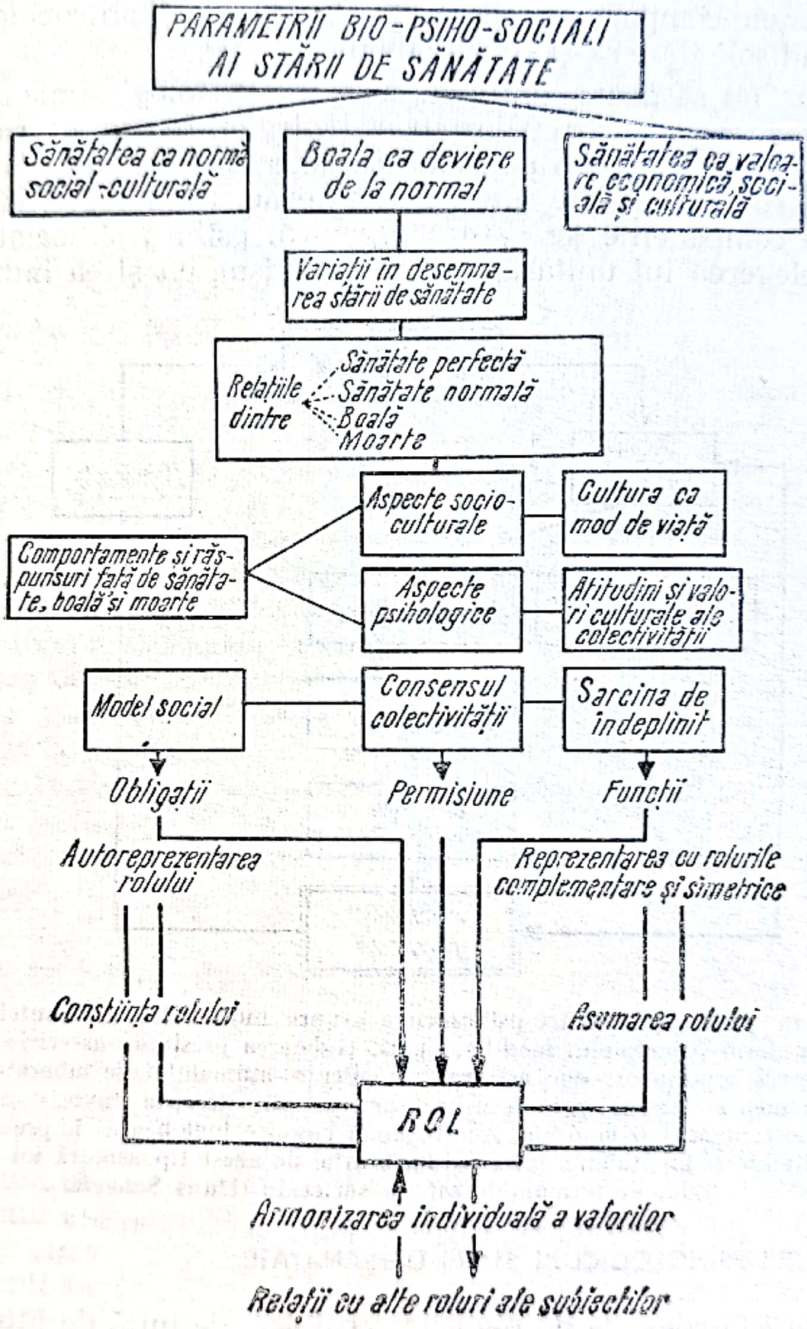



*Fig. 18* — **Parametrii bio-psiho-sociali ai stării de sănătate.**

cate. După anii de primă maturitate, procesul de deteriorare celulară avansează într-un ritm mult mai rapid decît regenerarea celulară ; astfel, capacitatea biologică a organismului se deteriorează, culminînd în cele din urmă cu moartea.



Scanned with OKEN Scanner

Abordînd tot acest ansamblu, observăm însă, că în cadrul strict al parametrilor biologici, statutul sănătății este departe de a fi definit, iar definițiile preconizate de oamenii de știință se deosebesc în funcție de concepția lor de bază, microbiană, epidemiologică, celulară sau mecanică.

De aceea, atenția cercetării și practicii medicale se îndreaptă din ce în ce mai mult spre dimensiunile psihologice, sociale și chiar culturale ale bolii, științele comportamentului uman, psihologia, antropologia, sociologia etc. fiind solicitate să-și spună cuvîntul.

Medicina nu se poate limita să considere patologia umană doar din punctul de vedere al parametrilor strict biologici. În afară de condiția sa de organism, omul este și o persoană caracterizată de structura sintetic-integrativă a condițiilor sale interne și externe, fiind constituit dintr-un ansamblu de componente de natură organică, psihică și socială, ceea ce pretinde înțelegerea lui unitară, atît ca organism, cît și ca individ social.

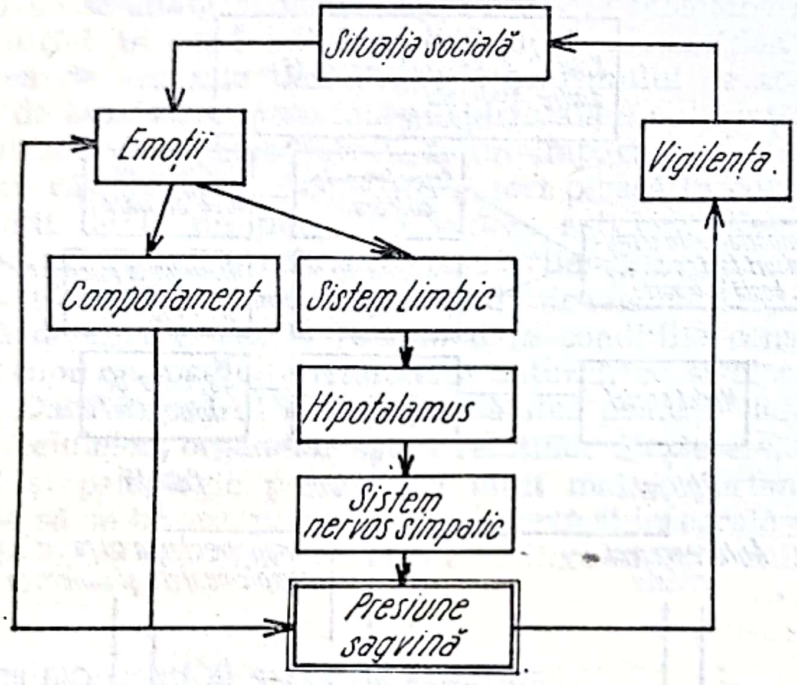



*Fig. 19* — Schema unor determinări psihosociale asupra individului. Influențele psihosociale se manifestă conform principiului feed-back-ului. Ridicarea presiunii arteriale este necesară în comportamentul emoțional, dar ea crește vigilența animalului de laborator. Extrapolat la om, acest fenomen se traduce prin feed-back-uri, cel din dreapta favorizînd vigilența, cel din stînga comportamentul și emoțiile. Aceste două circuite înglobează împreună cu excitațiile, sistemul limbic și hipotalamusul. Feed-back-urile de acest tip asigură un echilibru între individ, performanțele sale și societate (Hans Schaefer).

### 6.7.2. PARAMETRII PSIHOLOGICI AI STĂRII DE SĂNĂTATE

Se referă la condiția de bunăstare psihică, definită de integritatea și capacitatea optimă a funcțiilor și mecanismelor psihice ale indivizilor, capabile să le asigure adaptări rapide la variațiile mediului ambiant.

Dacă tradiția pozitivismului a dominat gîndirea privitoare la boala fizică, pe care consensul unanim în lumea medicală o considera drept o stare diagnosticabilă ca atare de un profesionist competent, în domeniul tulburărilor psihice există — de obicei — o părere alternativă, conform



Scanned with OKEN Scanner

căreia oricine se crede bolnav trebuie considerat ca atare. În acest domeniu, spre deosebire de cel al bolilor fizice, care presupune existența unor standarde obiective ce stabilesc diagnosticul (devierile stării de sănătate) și tratamentul, există doar un acord relativ între etiologie și tratament. Etiologia multor boli mentale este situațională. Unii autori au observat că o etiologie care leagă boala de contextul situațional nu elimină faptul că numai anumiți indivizi sînt afectați de ea și astfel, analogia cu boala fizică își menține valabilitatea. Efectele diferențiate ale factorilor de „stress" asupra diferitelor categorii de populație sînt de aceea deosebit de semnificative. Gradul pînă la care poate fi extins ansamblul acestor generalizări impune orientarea necesară către aspectele sociale ale bolii, către înțelegerea condiționărilor ei în funcție de diferitele variații sociale și culturale înregistrate în ansamblul social integral.

### 6.7.3. PARAMETRII SOCIALI AI STĂRII DE SĂNĂTATE

Se referă — în principal — la condițiile de bunăstare socială (materială și spirituală) a membrilor colectivității, la capacitatea lor funcțională de a-și exercita în mod optim rolurile pentru care au fost socializați. Acești parametri pot varia în limitele unor sisteme social-politice diferite, condiția de bunăstare socială fiind mai mult un efect al optimizării ansamblului vieții sociale decît al integrității capacităților biofizice și psihice ale indivizilor. Deși s-a scris mult despre diferențele stării social-economice, în condiționarea stării de sănătate s-a acordat mai puțină atenție variațiilor de natură socială și economică, cu rol în morbiditatea unor categorii de populație. Trebuie să se țină seama că, pe măsură ce ne deplasăm de la populația totală a unei societăți la diferitele subpopulații, respectiv de la sisteme la subsisteme, criteriile folosite pentru a desemna sănătatea și boala pot să varieze. Medicina nu se poate opri deci în perimetrul strict al relației terapeutice, ci se extinde dincolo de spital și de granițele acestuia.

### 6.7.4. CRITERII DE NATURĂ PROPRIU-ZIS SOCIALĂ

În legătură cu criteriile de natură propriu-zis socială care intervin în etichetarea „rolului" de sănătos sau bolnav, există studii orientate către surprinderea variabilelor cele mai semnificative.

Koss I., de pildă, a studiat tipurile de comportare la sănătate și boală. În studiul său a prezentat o listă a simptomelor medicale importante ale unui eșantion de populație. Celor interogați li s-a cerut să spună dacă fiecare simptom a fost semnalat medicului. Pentru fiecare simptom enumerat unii interogați au semnalat nevoia de observație medicală, mai insistent decît alt lot. Diferențele în răspunsuri sînt în legătură cu vîrsta, rolul persoanei în familie, experiența grupului și gradul de cultură. Mechanic (1962) și Gordon (1966) au identificat 4 criterii care ar putea fi folosite pentru a valida conferirea stării de boală. Acestea ar fi : prognoza, simptomele, îngrijirea medicală și incapacitatea funcțională. Potrivit părerii lor, prognoza este factorul cel mai important pentru a desemna pe cineva ca bolnav. Cu cît prognoza este mai incertă, cu atît este mai mare tendința de a eticheta pe cineva ca „bolnav", lucru valabil pentru



Scanned with OKEN Scanner

toate categoriile de populație. Incapacitatea funcțională fiind verificată, prezența simptomelor și faptul de a fi sub îngrijire medicală sînt considerate mai importante pentru a stabili starea de „bolnav", mai mult la cei cu pregătire superioară decît la cei cu pregătire inferioară. Pe de altă parte, incapacitatea funcțională este relativ mai importantă la grupurile cu o educație sanitară mai redusă decît la cele care au o cultură mai înaintată. Pentru a califica starea de sănătate considerăm importante cel puțin trei elemente : natura „rolurilor de sănătos" ale individului, natura și severitatea simptomelor sale și influența reciprocă dintre persoane.

### 6.7.5. ROLUL DE SĂNĂTOS

Dacă boala este concepută ca o deviere de la o stare definită ca normală, stabilirea empirică a stării de sănătate trebuie să pornească de la un șir de prezumții fundamentale, relative la activitate și capacitate, în legătură cu ele, privite ca normale de persoana interesată. Rolurile și sarcinile diferite necesită capacități diferite. Exemplu : imposibilitatea de a alerga o anumită distanță într-un anumit interval de timp poate fi considerată fără importanță pentru un om oarecare ; dar pentru un atlet specializat în alergări, poate fi privită ca o infirmitate. În primul caz nivelul posibilităților poate fi considerat ca normal, în al doilea caz ca un semn de boală. În privința rolurilor profesionale, același nivel de infirmitate în raport cu sistemul biologic poate avea consecințe diferite pentru persoane cu ocupații diferite. Exemplu : o deformație a coloanei vertebrale poate constitui o incapacitate pentru cine are meseria de a încărca camioane, în timp ce poate fi relativ indiferentă pentru un funcționar. O capacitate biologică este considerată ca fiind mai puțin importantă dacă nu este necesară îndeplinirii rolurilor normale ; dacă împiedică activitățile normale este considerată foarte importantă.

### 6.7.6. NATURA ȘI GRAVITATEA SIMPTOMELOR

Natura și gravitatea simptomelor este legată de problema rolurilor de sănătos. Dacă un simptom influențează o activitate sau o însușire prețioasă, sau amenință starea sănătății celorlalți, simptomul este privit ca important și individul este considerat bolnav. Cu cît acest simptom este mai evident și pentru cei din jur, cu atît i se atribuie mai ușor individului starea de bolnav. Influența simptomului este importantă asupra activității normale atît în prezent, cît și în viitor. Este necesar să se țină seama de factori ca : manifestările fizice ale „bolii" (cît de clare sînt simptomele pentru individ și pentru cei ce califică starea sa), modul de „manifestare a impresiilor" (plîngerile, grimasele etc. sau lipsa lor), riscurile medicale ale bolii, familiaritatea relațiilor cu cei care califică starea (inclusiv părerile lor despre boli), măsura în care cauza bolii este naturală sau urmarea unui alt fenomen, docilitatea bolnavului la tratament, prognoza perioadei cît va dura boala, infirmitatea ca rezultat al bolii etc.



Scanned with OKEN Scanner

### 6.7.7. CEI CARE CONSTATĂ STAREA DE SĂNĂTATE SAU BOALĂ

Importante sînt tipurile de influenţă exercitate asupra individului de a cărui stare este vorba. Prin influenţa celorlalte persoane care au raporturi reciproce cu individul se realizează normele societăţii cu privire la simptomele şi activităţile normale ale fiecărei persoane. Influenţa celor care califică starea variază în funcţie de experienţa pe care o au şi de natura relaţiilor pe care le întreţin cu persoana în cauză. Individul calificat „ca persoană bolnavă" poate să aibă raporturi diferite cu soţia, copiii, medicul, infirmiera, un colaborator etc. Aprecierile acestora în legătură cu boala sînt diferite. Totuşi, putinţa de a face aprecieri asupra stării de bolnav este limitată la medici sau la alte persoane cu educaţie medicală specializată, care au criterii realiste pentru aprecierea stării de sănătate sau boală. Spre deosebire de ceilalţi, persoanele cu educaţie ştiinţifică medicală sînt experte în cunoaşterea parametrilor corespunzători, a procedeelor pentru măsurarea acestora şi în indicarea prescripţiilor medicale.

Se poate spune, în concluzie, că desemnarea statutului stării de sănătate constă în interacţiunea dintre individ şi cei care o definesc şi aplică standarduri normative în contextul unor situaţii specifice. Analizele în studierea conceptului de stare de sănătate trebuie să cuprindă criteriile de apreciere a sănătăţii şi bolii, situaţiile la care se aplică aceste criterii, caracteristicile persoanelor care întocmesc evaluarea şi consecinţele unor definiţii variabile privitoare la ceea ce se poate aştepta în materie de comportament.

### 6.7.8. TEORII ŞI ANALIZE CONCEPTUALE ALE PROBLEMEI

Reprezentarea *normalităţii* presupune considerarea unui ansamblu complex de elemente, care impun cu necesitate abordarea sociologică a relaţiei normal-patologic. Numeroşi sociologi şi teoreticieni în domeniul antropologiei sociale au evidenţiat astfel tipurile de legătură care se stabilesc între ordonarea şi valorizarea „normativă" a influenţelor mediului (biologic, ecologic, socio-cultural) asupra organismului uman şi cadrele de referinţă simbolice şi evaluative ale grupului social. Mai multe teorii printre care teoria valorii, teoria rolului, teoria interacţiunii simbolice, teoria grupului de referinţă, ca şi diferitele teorii care abordează influenţa culturală a mediului social, au în vedere tocmai surprinderea acestei relaţii între valoare şi experienţa social-umană, între normele culturale ale grupului şi fenomenelor de devianţă şi marginalitate. Znaniecki, Cottrell, Woodruff, Mead, Stonequist, Rose, Newcombe, Merton sînt cîţiva dintre cei care s-au ocupat cu aceste probleme. Examinarea formulărilor teoretice, a datelor existente, ca şi a publicaţiilor metodologice, lasă să se întrevadă marele interes pe care majoritatea sociologilor şi antropologilor l-au acordat cauzelor şi condiţiilor specifice în care se exercită evaluarea normalului şi patologicului, în fiecare societate umană. Preocupările de acest fel sînt vechi în istoria sociologiei şi abordează multe domenii învecinate sau chiar convergente cu cîmpul de studiu al sociologilor.

6.7.8.1. *Concepţia statistică.* O orientare mai temeinică o găsim în lucrarea „Les règles de la méthode sociologique" a celebrului Emile



Scanned with OKEN Scanner

Durkheim, unul dintre fondatorii sociologiei din perioada modernă. Ocupîndu-se de regulile cu privire la deosebirea pe care trebuie s-o facem în orice observare ştiinţifică, între normal şi patologic, autorul francez introduce de la început distincţia care trebuie să existe între cele două ordini de fapte : „faptele care sînt aşa cum trebuie să fie“ (care definesc normalul) şi „faptele care ar trebui să fie altfel decît sînt“ (care definesc patologicul). Noţiunea „trebuie“ corespunde aici unei alte distincţii, conform diferenţierii terminologice pe care o fac germanii cînd disting între „sein“ („a fi“) şi „sollen“ („a trebui să fie“), în ordine normativă. Conform părerii lui Durkheim, boala nu poate fi caracterizată nici ca un mod de adaptare deficitară a organismului la mediu, pentru că acest criteriu — subliniază autorul — „ar trebui să ne spună pe baza cărui principiu se poate hotărî că un anume mod de adaptare este mai desăvîrşit decît altul“, şi nici ca un mod de ameninţare a şanselor noastre de supravieţuire, pentru că în acest caz, diverse stări neconsiderate ca patologice (bătrîneţea şi copilăria care sînt mai accesibile distrugerii ; menopauza care atrage după sine o serie de tulburări ; funcţiile de reproducere la unele specii inferioare, care le provoacă moartea etc.) ar trebui considerate ca fiind permanent ameninţătoare pentru existenţa noastră. „Cum să calificăm drept bolnăvicioasă — se întreabă sociologul francez — o stare a cărei absenţă sau dispariţie timpurie constituie incontestabil un fenomen patologic ?“ (56).

Trebuie să găsim, prin urmare, un criteriu obiectiv, inerent faptelor înseşi, care să ne permită să deosebim în mod ştiinţific sănătatea de boală. Acest criteriu nu este nici suferinţa, privită deseori ca semnul bolii, pentru că „în unele cazuri lipsa de durere sau însăşi plăcerea sînt semnele bolii“ şi nici tulburarea echilibrului vital, întrucît „nu este deloc demonstrabil că fiecare stare a organismului ar fi corespunzătoare vreunei stări externe“.

Dimpotrivă, autorul consideră că boala nu trebuie raportată nici la elementele de inadaptare (pentru că este şi ea tot un mod de adaptare, dar diferit de celelalte), nici la tulburările pe care le determină (pentru că acestea sînt contrabalansate de imunităţile conferite).

Refuzînd să ia drept cadru de referinţă o stare ideală, conformă cu natura, în funcţie de care s-ar putea judeca normalitatea sau reversul ei, Durkheim propune o concepţie statistică, ce consideră norma ca element de bază în definiţia bolii.

Înţelegînd că boala nu este de fel produsul unei „contingenţe“ imanente organismelor, ci este cuprinsă în natura lor, fiind uneori tot atît de necesară echilibrului biologic ca şi sănătatea, el o consideră ca fiind prin excelenţă o chestiune care priveşte „media cazurilor“, a abaterilor de la această medie a indivizilor sănătoşi.

Condiţiile sănătăţii şi ale bolii nu pot fi definite *in abstracto* şi într-un mod absolut ; prin urmare, „generalitatea“ (ceea ce apare comun majorităţii indivizilor) poate fi considerată ca definind normalul. „Starea de sănătate, aşa cum se poate defini nu se potriveşte exact niciunui ins, individual, fiindcă nu poate fi stabilită decît în legătură cu împrejurările cele mai comune, de care toată lumea se îndepărtează mai mult sau mai puţin“ : „...Vom numi normale faptele care prezintă formele cele mai generale şi le vom denumi pe celelalte morbide sau ca patologice“ (56).



Scanned with OKEN Scanner

Prin raportarea la „tipul mediu", la faptele „tipice", prezente în cadrul unei „specii" bine determinate, Durkheim ajunge la un model al bolii, care înmănunchează toate abaterile de la trăsăturile speciei, numite anormale. „Un fapt social nu poate fi considerat normal decît pentru un tip social dat, considerat într-o fază determinată a dezvoltării, atunci cînd se produce în media societăților din această specie, privite în faza corespunzătoare a evoluției lor" (56).

Conform părerii lui Durkheim, normalul este reprezentat deci de acele fapte care se circumscriu într-un cadru de referință social unic: același tip de societate, aceeași fază de dezvoltare, același stadiu de evoluție al „speciei". Acest lucru fusese deja explicat de celebrul reprezentant al orientării psihologiste din sociologie, Gabriel Tarde, care considera „imitația" ca procesul fundamental, după care faptele sociale devin asemănătoare, beneficiind de condiții asemănătoare. În aceeași ordine de idei, Quételet va arăta că ceea ce determină această „imitație" cu determinatul ei, „repetiția", este tocmai „presiunea" exercitată de media comportamentelor sociale ale grupului. „Presiunea poate fi implicită, adică simpla existență a unei judecăți sau a unei acțiuni a grupului pe care individul o percepe ca fiind diferită de sine, exercită asupra acestuia o presiune care provine din sentimentul său de teamă că nu merge în același pas cu grupul din care face parte" (58). Această presiune va fi de intensitate diferită, în măsura în care se fondează pe o „uniformitate", o „convenție" sau o „conformitate".

În concluzie, criteriul de definire al lui Durkheim, deși postulează o anumită specificitate a faptului social, riscă să conducă uneori la o viziune neștiințifică, statică și „relativistă" asupra normalului, deoarece „nimic nu poate dovedi *a priori* că anumite contexte de condiții se pot produce și produc la rîndul lor fapte sociale asemănătoare, în faze neomologabile ale timpului social și societății considerate" (57). Sau, cum afirma Fr. Steudler, nu există „eterogenitate între diferitele percepții ale normalului la nivelul grupelor sociale, claselor sociale etc." (31). Dacă se consideră normalul ca fiind definit de tot ceea ce se conformează „normei", avînd în vedere că un anumit sistem social-cultural are un ansamblu propriu de norme, tot ceea ce este considerat ca normal într-un sistem poate să devină patologic într-altul.

O altă interpretare a normalului și patologicului a fost dată de predecesorul biometriei moderne, Quételet, care prin observații statistice și măsurări repetate efectuate asupra unui număr mare de oameni, a ajuns la elaborarea noțiunii de „om mediu", care întrunește caracteristicile generale și comune ale normalității speciei.

Interpretînd fluctuațiile dimensiunilor biologice ale omului prin prisma „calculului probabilităților", Quételet a arătat că există pentru specia umană un anumit „tip sau model din care se pot determina cu ușurință diferite proporții" (31) și, ca urmare, în jurul acestui tip, în jurul acestei „medii tipice", oscilează diferitele variații individuale.

Quételet a reprezentat grafic, într-un poligon de frecvență, variațiile înălțimii unei mari mase de oameni, stabilind o înălțime maximă (vîrful poligonului corespunzînd ordonatei maxime) și mai multe înălțimi (corespunzînd unei anumite simetrii în raport cu ordonata maximă). Demonstrînd că poligonul de frecvență tinde către o curbă „în clopot"



Scanned with OKEN Scanner

(curba „binominală", „curba de erori" sau „curba distribuției normale" a lui Gauss), Quételet arăta că variația individuală (abaterea de la înălțimea maximă), se supune legilor hazardului, adică acelor legi „care exprimă influența unei multiplicități infinite de cauze nesistematic orientate și ale căror efecte tind prin urmare să se anuleze, prin compensație progresivă" (31).

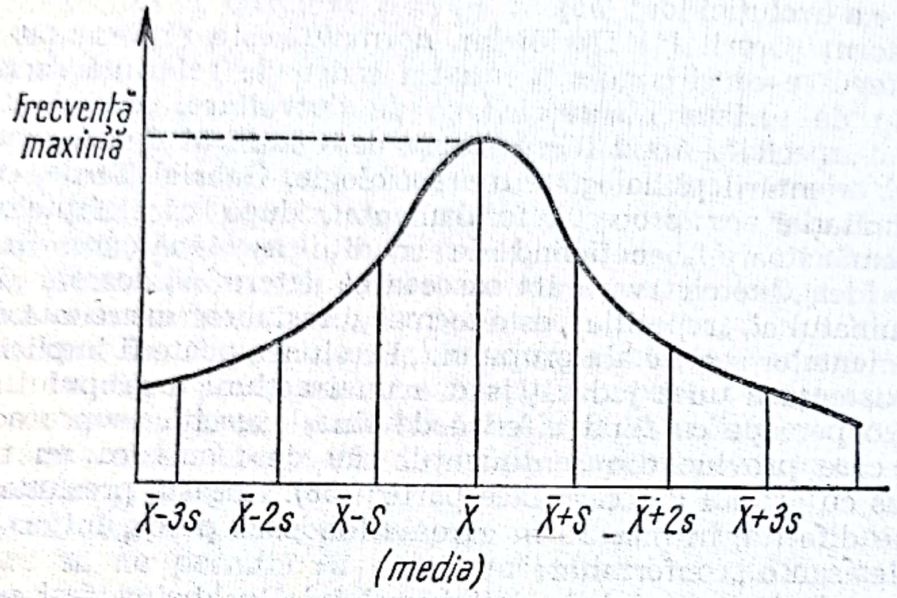



*Fig. 20* — Curba normală de distribuție Gauss-Laplace.

f = frecvența (nr. de cazuri), $\bar{x}$ = media (valoarea de tendință a fenomenului, adică valoarea cu cea mai mare frecvență de apariție). Interval de variație : $(\bar{x} - s; \bar{x} + s) - 33{,}33\%$; $(\bar{x} - 2s; \bar{x} + 2s) - 33{,}33\%$; $(\bar{x} - 3s : \bar{x} + 3s) - 33{,}33\%$

În acest mod, cu cît numărul de măsurători efectuate asupra înălțimii indivizilor va fi mai mare, abaterile de la înălțimea maximă se vor compensa și anula reciproc, lăsînd să transpară existența unei medii, în jurul căreia vor oscila reciproc diferitele variații individuale.

Criticînd concepția „statistică" a lui Quételet, sociologul francez Halbwachs va demonstra că efectele organice nu pot fi asimilate fenomenelor acționate de legile hazardului (calculul probabilităților), întrucît în viața socială diferitele legi biologice apar modificate de factorii „aleatori", cuprinși în normele și prescripțiile culturale ale grupului (tradiții, obiceiuri, forme ale dreptului cutumiar etc.). Însuși corpul uman este produsul unei activități sociale (talia este în funcție de mediul geografic, dar acest mediu este pătruns de istorie, de influențele acțiunii umane) și, ca urmare, constanța unor caractere fizice depinde în bună măsură de normele de viață. Normalitatea socială și nu cea vitală (universală), conchide Halbwachs, este aceea care determină caracterul normal sau patologic al unei caracteristici umane. „O trăsătură umană nu va fi normală pentru că este frecventă, ci ea este frecventă pentru că este normală într-un gen de viață dat" (31).

Plecînd de aici, Halbwachs ajunge să considere chiar moartea ca un fenomen social, arătînd că aceasta este mai puțin determinată de longevitate, cît de condițiile sociale de muncă, de igienă, de atenția acordată de diferitele societăți oboselii și bolii. Așa cum scria R. Flourens în lucrarea

„De la longévité humaine et de la quantité de vie sur le globe" (1854), „cea mai mare parte a oamenilor sucombă în urma bolilor, foarte puțini de bătrînețe propriu-zisă". Durata vieții biologice normale este deci durata de viață, social normativă. Desigur și concepția lui Halbwachs este contestabilă (majoritatea caracterelor somatice nu se supun de fel influențelor sociale), dar ea are meritul de a sublinia un fapt esențial : media nu se traduce printr-un echilibru stabil (compensația abaterilor individuale), ci, dimpotrivă, printr-unul instabil, dat de conflictul dintre diferitele tendințe organice, a căror armonie este obținută în „condiții definite și nu date" (31).

Patologia comparativă și paleopatologia au furnizat informații permițînd interpretarea bolilor infecțioase ca un „fapt de simbioză", iar pe cele de nutriție ca un fapt dependent de „genul de viață". Este ceea ce are în vedere R. J. Valois (68) cînd scrie : „dacă absența rahitismului, care apare datorită carenței vitaminei D, este normală într-o epocă în care se utilizau alimente crude sau abia rumenite, apariția cariei dentare, necunoscută de primitivi, apare odată cu civilizația, în raport cu prepararea hranei, care atrage după sine distrugerea vitaminelor necesare asimilării calciului".

6.7.8.2. *Concepția antropologică.* O interpretare specifică a normalului și patologicului, deosebită de concepția statistică a lui Durkheim și Quételet, a fost elaborată de orientarea funcționalistă a antropologiei culturale, care pune un accent deosebit pe noțiunea de „identificare" ca element funcțional, normativ, al conformismului de grup. Conform acestei concepții, toate comportamentele socialmente normale ale membrilor grupului sau comunității sînt dictate de cultura de apartenență (cultura în înțelesul de „way of life" — mod de viață, concretizat în manierele tipice de gîndire, acțiune, simbolizare, valorizare etc.), care modelează un „sociotip", adică un anumit tip de „personalitate de bază".

„Personalitatea de bază" este elementul psiho-socio-cultural comun tuturor membrilor grupului și constituie — în înțeles generic — o normă congruentă cu cultura grupului, propusă de societate individului. Kardiner consideră că personalitatea de bază reprezintă „o configurație psihologică particulară proprie membrilor unei societăți date și care se manifestă printr-un stil de viață asupra căruia indivizii imprimă variantele lor particulare ; ansamblul trăsăturilor care compun această configurație merită să fie numit personalitate de bază nu pentru că ar constitui în mod exact o personalitate, ci pentru că constituie baza personalității pentru membrii grupului, «matricea» în care se dezvoltă trăsăturile de caracter" (58).

Grupul îi oferă individului norme, atitudini și mecanisme mentale care asigură normalitatea comportamentului său : „sistem de semnificație" (Lee Bernard), „stereotipuri" (O. Litterer), „clișee afective" (Ch. Blondel), „tipare prestabilite" (Espinas), „prelegături" (Lévy-Bruhl), „mituri" (A. Sauvy) etc.

Pornind de la această interpretare, psihopatologia a considerat că afirmarea normalității se bazează în mare măsură pe constatarea unei *contagiuni* a patologiei psihice, circumscrisă în relațiile de *inducție mutuală, reciprocă,* care se stabilesc între membrii unei anumite configurații sociale (grup social, societate globală). Normalitatea apare aici ca



Scanned with OKEN Scanner

o formă de multiplicare a comportamentelor socialmente acceptabile, care se influențează și se modelează reciproc în procesul comunicării interindividuale dintre membri. „Normalitatea ni se înfățișează ca un vast cîmp de *influențare* reciprocă. Normalitatea este în final o contagiune, un efect al unui complex de cauze exterioare, față de care determinismul lăuntric este o condiție" (66).

Studiile lui H. Allport, S. Sinha, Y. Dashiell, Y. Thibaut și H. Kelley sînt deosebit de semnificative în acest domeniu (67).

Orice cultură elaborează „modele" și „norme", care în virtutea gradului lor de integrare și de coerență se sintetizează într-un tip de om „ideal" („Kalos Kagathos" pentru cultura greacă și „civis romanus" pentru romani, de exemplu). Conformismul, „normalul" este reprezentat aici de comportamentele „socialmente acceptabile", pe care indivizii le elaborează într-un mod funcțional și compatibil cu modelele culturii din care fac parte, contribuind la continuitatea și funcționalitatea structurii sale. Normalul devine în acest fel funcțional, fiind condiția de bază a omogenității unui sistem socio-cultural. Cum scria R. K. Merton, „funcția este orice activitate recurentă, considerată sub unghiul contribuției sale la existența și continuitatea structurilor" (60), definiție pe care Bronislaw Malinowski o completa în felul următor : „funcția semnifică permanent răspunsul la o nevoie, în raport cu existența fizică a oamenilor, sau cu valorile culturii societății, purtătoare a acestui sistem" (61).

Personalitatea de bază oferă în acest scop orientări funcționale pentru elaborarea de către membrii grupului a unor comportamente tipice, justificîndu-le în termenii valorilor și normelor sociale.

Dimpotrivă, „deviația" sau „marginalitatea" apare ca element disfuncțional, definit de abaterile de la normele și răspunsurile general acceptabile care caracterizează normalitatea.

Comportamentul deviant poate fi înțeles în două feluri diferite : fie ca produsul incapacității „funcționale" a individului, datorită unor deviații fiziologice, abnormalității intrapsihice etc. de a acționa conform indicațiilor normei *(punctul de vedere substanțialist)*, fie ca produs al unei forme de comportare perfect normală, dar incompatibilă (incongruentă, inconsistentă) cu standardele de normalitate ale grupului *(punctul de vedere situațional)*.

Y. Fichter face astfel o distincție între *„devianța pozitivă"*, prin care individul se abate de la stereotipurile conformității sociale și adoptă norme și valori superioare care se abat de la standardele „medii", și *„devianța negativă"*, în cadrul căreia individul încalcă, refuză sau eludează indicațiile normei „inferioare" (cu valoare „medie" în cadrul grupurilor).

Între idealul cultural și situația trăită există astfel un decalaj considerabil, fenomenul de deviantă putînd fi apreciat numai în raport cu contextul corespunzător, cu relațiile sociale prestabilite (62).

Cum considera H. Janne, „devianța comportă și ea conformism, un conformism adesea mai constrîngător decît cel al vieții normale" (34).

Acest relativism „cultural" al definirii normalului și patologicului de către orientarea funcționalistă a antropologiei culturale, duce — ca urmare — la negarea naturii proprii a patologicului, pe care o interpretează doar în termenii contextului social dat.



Scanned with OKEN Scanner

Criticînd acest punct de vedere, metodologic „relativist", care nu acordă bolii decît un statut virtual, non-morbid prin el însuși, Michel Foucault, unul dintre reprezentanții structuralismului, consideră că și boala are un statut pozitiv, îndeplinind o anumită funcție în viața socială a unui grup cultural. El arată că „Durkheim și o serie de antropologi rămîn prizonierii ideologiei care exclude bolnavul, în loc să creadă că o societate se exprimă în mod pozitiv în legătură cu bolile mentale, pe care le manifestă membrii săi" (31).

Oricum, între normal și patologic este greu de făcut o deosebire, cu atît mai mult cu cît starea proprie, pe care o resimte individul în raport cu intensitatea suferinței provocată de boală, constituie și ea un element de bază. Cum scria fondatorul sociologiei, Auguste Comte, referindu-se la principiul lui Broussais, „fenomenele bolii coincid în mod esențial cu cele ale sănătății, față de care nu diferă decît prin intensitate" (63).

Între condiționările individuale și sociale ale bolii există o legătură fundamentală, procesele biologice vitale pentru supraviețuirea omului căpătînd în societățile umane o „semnificație socio-culturală" (64). Ocupîndu-se de mecanismele „durerii", Mark Zborowski a demonstrat că aceasta este un fenomen fiziologic, identic la toți indivizii și numai percepția durerii și atitudinea adoptată față de ea depind de mediul cultural.

Studiată de fiziologi vestiți ca H. Wolf, J. Hardy, H. Goodell, C. S. Lewis și W. K. Livingston, durerea a fost în general definită din punct de vedere fiziologic ca o senzație deosebit de importantă, care asigură conservarea individului în raport cu reacțiile acestuia față de stimulii nocivi. Durerea, aprecia Josef Loebel, este „un gen de consilier care ne avertizează asupra pericolelor" (68). În ansamblul manifestărilor sale, durerea nu comportă însă numai senzația de durere, cu răspunsurile ei automatizate, ci și „stări afective asociate", concretizate în ceea ce Wolff, Hardy și Goodell au numit „experiența durerii" (64).

„Societatea în care se găsește omul, devine factorul care condiționează formarea tipurilor de reacție individuală față de durere. Este vorba de extrema importanță a cunoașterii atitudinilor grupului față de durere, pentru a înțelege reacția individului" (64).

Completînd acest punct de vedere, R. Linton notează că „dacă se cunoaște bine o cultură, se poate prezice aproape sigur forma pe care o vor lua isteriile" (65).

Făcînd distincția între durerea „naturală" (care desemnează senzația dureroasă provenită de la o boală sau de la un traumatism) și durerea „aplicată" (acceptată și așteptată de individ în cursul unei activități culturale), M. Zborowski dă exemplul torturii, care face parte din riturile de inițiere în numeroase societăți primitive, ca și exemplul a numeroase acțiuni sociale (sport, lupte, război) care demonstrează caracterul „cultural" al durerii, în contexte sociale definite.

În concluzie, dacă durerea este un indiciu al stării premorbide sau morbide a individului, consideră Zborowski, atît contextul biologic cît și cel socio-cultural au un anumit rol în definirea ei. O infirmitate ca miopia sau prezbitismul, remarca G. Canguilhem, apare ca normală într-o profesie agricolă, dar este anormală în cadrul marinei sau aviației (31).



Scanned with OKEN Scanner

Desemnînd un anumit „mod" sau „stil" de viaţă, cultura nu condiţionează numai reacţiile faţă de boală, dar determină în acelaşi timp valoarea care se acordă sănătăţii ca fenomen social. T. Parsons, de exemplu, analizînd circa 314 valori cuprinse în „cultura sănătăţii" argumentează că importanţa pe care societatea americană o acordă sănătăţii este legată de valorile culturale ale *„activismului"* (orientarea către supunerea ambientului), *„lumescului"* — *„worldliness"* (accentul pus pe scopuri practice, laice) şi ale *„instrumentalismului"* (importanţa acordată perspectivei progresului permanent). În general, orice boală este percepută de societăţile contemporane ca fiind de origine exogenă, modul de viaţă fiind un factor de bază care favorizează agresiunea agenţilor patogeni. Sănătatea este percepută ca un dar imediat şi integral dat individului. Cum sublinia încă de foarte multă vreme Durkheim, „pentru societate, ca şi pentru indivizi, sănătatea este bună şi de dorit, boala, dimpotrivă, este un rău care trebuie înlăturat" (56).

Conchizînd asupra tuturor acestor variaţii de natură istorică şi culturală în desemnarea stării de sănătate şi boală, considerăm că, deşi ele nu influenţează în mod liniar baremurile şi exigenţele profesionale ale actului medical, cuprind totuşi o determinare esenţială.

În mod obişnuit, desigur, orice medic defineşte boala pacientului său independent de cîmpul profan de evaluări sociale şi culturale ale sănătăţii şi bolii. Cu ajutorul anamnezei, al examenului clinic şi al investigaţiilor de laborator şi pe baza propriilor sale informaţii cu privire la coroborarea simptomelor în cunoaşterea procesului patologic, el determină şi califică măsura în care acest proces poate fi considerat o stare morbidă sau nu. Dar, aşa cum aprecia David Mechanic, „în climatul prezent al medicinei ştiinţifice există încă un mare număr de necunoscute şi multe dintre standardele prin care individul este evaluat sînt utilizate doar pe o bază prezumtivă" (43). Acest lucru este evidenţiat, pe de o parte, de marile necunoscute ale medicinei actuale (cancerul, ca să dăm numai un exemplu), iar pe de altă parte de divergenţele de opinii şi păreri în problema tratamentului unor boli (în S.U.A., de exemplu, între 1946 şi 1966 au fost recomandate pentru ulcerul peptic nu mai puţin de 300 de tipuri de tratament).

Ca urmare, medicul, departe de a-şi însuşi punctul de vedere al profanului, este nevoit să facă apel nu numai la relaţia profesională, terapeutică „imediată", ci să acorde acestei relaţii o semnificaţie mai largă, pentru a trece dincolo de fundamentul bio-psihic al pacientului, către cadrul social, în care acesta munceşte şi trăieşte. În mare parte, sistemul de îngrijire medicală se adresează populaţiei, pentru ca aceasta să se „conformeze" cît mai exact anumitor standarduri, mai de grabă de natură socială decît standardurilor „fizice", propriu-zise. Mechanic dă astfel exemplul chirurgilor plastici, care ajută populaţia să se apropie cît mai mult de idealurile sociale aproximative ale atracţiei fizice.

Pe individul sănătos societatea şi-l propune ca scop şi, de aceea, judecăţile sociale vor fi cadre de referinţă sau etaloane principale şi pentru activitatea medicului.

Majoritatea practicii psihiatrice, domeniul planificării familiei şi controlul naşterilor, atitudinea faţă de avort şi faţă de practicile contra-



Scanned with OKEN Scanner

ceptive sînt numai cîteva din direcţiile în trasarea cărora cultura unei anumite societăţi este chemată să-şi spună cuvîntul.

Definirea normalului şi patologicului presupune astfel o abordare mai cuprinzătoare decît stricta determinare biologică, fiziologică sau psihică ; ea cere neapărat perspectiva sociologică. „Domeniul patologic, considera Lévi Strauss, nu se confruntă niciodată cu domeniul individual, pentru că diferitele tipuri de tulburări se ordonează pe categorii, admiţînd o clasificare, iar formele predominante nu sînt aceleaşi în funcţie de societăţi sau momente diferite din istoria aceleiaşi societăţi" (31). Dacă aşa cum scria C. Canguilhem, „sănătatea este mai mult un mod de a aborda existenţa decît o reacţie a organismului..." dacă, „măsura ei este o anumită capacitate de a depăşi crizele organice pentru a instaura o nouă ordine fiziologică, diferită de cea veche" (31), atunci putem spune că standardurile ei nu se măsoară numai cu „balanţele" medicale, ci în aceeaşi măsură cu etaloanele societăţii care o promovează şi face din ea un ideal universal.

## 6.8. SĂNĂTATEA ŞI SOCIETATEA CONTEMPORANĂ. SCHIMBĂRILE SOCIALE ŞI IDEALUL UNIVERSAL AL SĂNĂTĂŢII

În societatea contemporană, amploarea şi profunzimea diferitelor forme de „revoluţie", urbană, industrială, tehnică-ştiinţifică, informaţională etc. (calificările în acest domeniu sînt extrem de cuprinzătoare) au avut ca efect multiple mutaţii în toate domeniile vieţii sociale, asupra tuturor structurilor sistemului social global, inclusiv asupra unuia dintre subsistemele sale cele mai importante şi anume, ocrotirea sănătăţii populaţiei. Acest lucru determină modificări fundamentale în natura şi conţinutul actului medical, provocînd variaţii importante în adoptarea criteriilor de determinare şi evaluare a standardurilor de normalitate şi boală. Revoluţia industrială şi urbanismul au schimbat din temelii viaţa a milioane de oameni şi, odată cu generalizarea confortului şi a reducerii solicitărilor efortului fizic, au produs importante schimbări şi restructurări în viaţa comunităţilor mici, a familiilor tradiţionale. A apărut o nouă patologie, în menţinerea căreia individul este adesea coparticipant, chiar fără să ştie, o patologie în care bolile apar lent şi insidios, debutul este adesea greu de surprins, iar diagnosticul se pune mai ales atunci cînd cazul se prezintă cu un procent important de irecuperabilitate. Dezvoltarea demografică a căpătat şi ea un caracter exploziv, prognozele pentru deceniile următoare indicînd tendinţe cu totul inegalabile faţă de trecut.

Pentru anii 1980—2000, în afara „simplei" dublări a populaţiei, sînt prevăzute ritmuri de creştere extrem de diferenţiate pentru diversele zone geografice (în ţările Europei occidentale un ritm mediu anual de 0,6%, iar în ţările în curs de dezvoltare 2,5%). Acestea sînt efecte nemijlocite ale unor importante prefaceri ale fenomenologiei medicale propriuzise, manifestate pozitiv prin scăderea mortalităţii generale şi infantile, ca şi prin creşterea duratei medii de viaţă, a speranţei de viaţă, a unor categorii de populaţie din ce în ce mai largi. Determinînd schimbări profunde pe plan social general, ele influenţează politica sanitară a fiecărui stat.



Scanned with OKEN Scanner

În același timp, explozia informațională, dublarea cunoștințelor științifice la fiecare 10 ani, constituie, pentru o mare parte a populației, un impediment major în procesul general de adaptare la cerința de a păstra cadența cu ritmul alert de dezvoltare a societății contemporane. Prelungirea duratei de școlarizare (debut precoce și întîrzierea momentului de trecere din școală în activitatea productivă), diversificarea tipurilor de școli, ca și atenuarea permeabilității dintre structurile școlare de la niveluri diferite, constituie pentru numeroși adulți fenomene deloc ușoare de readaptare profesională și socială, pentru numeroși indivizi creînd un regim de activitate suplimentar cu riscuri reale pentru sănătate.

De aceea, la anumite procente de populație se înregistrează multiple disfuncții în sfera acomodării și a realizării unor performanțe intelectuale, ca și în registrul deosebit de complex al sănătății. Incontestabil, factorii de natură fizică și biologică exercită o influență determinantă asupra stării de sănătate a populației, dar trebuie ținut cont că întregul ansamblu al acestei influențe este mediat de un complex de condiții social-economice și, în ultimă instanță, chiar de factorul politic. Așa cum se subliniază în Directivele C.C. al P.C.R. cu privire la îmbunătățirea asistenței medicale a populației din R.S.R., „În societatea noastră socialistă grija pentru sănătatea populației constituie o preocupare centrală a partidului și statului, o latură importantă a procesului multilateral de dezvoltare și înflorire a întregii națiuni. Organizînd și conducînd opera complexă de edificare a noii orînduiri, de desăvîrșire a construcției socialismului, partidul și guvernul asigură condiții pentru afirmarea deplină a capacității de muncă și creație a fiecărui membru al societății, pentru îmbunătățirea continuă a stării de sănătate a populației și creșterea unor generații viguroase, bine dezvoltate din punct de vedere fizic și intelectual".

Fenomenele de alienare, de atrofiere a eului, la care se referă numeroși autori care descriu societatea postindustrială, fenomene la a căror geneză participă factorii ambianți (în sens larg), sînt un efect vizibil al acestei avalanșe de factori neprevăzuți, exercitată asupra individului nepregătit, neavertizat și incapabil să facă față tuturor solicitărilor lor. Subliniind rolul principal pe care-l joacă factorii sociali în producerea fenomenelor patologice, clasicii marxiști au demonstrat că nu societatea ca atare constituie un factor patogen, ci numai societatea bazată pe exploatare. „Nu toate bolile, la apariția cărora au contribuit și unii factori de ordin social-economic, pot fi interpretate drept „boli sociale", căci nu toate bolile omului apar, într-o măsură mai mică sau mai mare, sub influența unor factori din mediul social, ci numai acele boli, a căror apariție, dezvoltare sau dispariție sînt legate în esență de particularitățile caracteristice societății" (69).

Definind boala ca „viață îngrădită în libertatea ei", Marx se referea tocmai la această determinare cu caracter atît social, cît și politic.

Societatea „de consum" se confruntă în prezent cu probleme ale bolii, care fac din ce în ce mai mult apel la rezolvări de natură politică, a căror semnificație socială crescîndă poate fi dedusă din multiplele măsuri în materie de „management" sanitar, în domeniul metodelor și previziunilor din sectorul de îngrijire a sănătății. Sănătatea și boala au atins astăzi un proces de socializare crescîndă, ceea ce necesită o responsabilitate sporită din partea tuturor guvernelor țărilor, aducînd în centrul



Scanned with OKEN Scanner

atenției rezolvarea a numeroase probleme sociale conexe. Atît pe plan individual, cît și pe plan colectiv, sănătatea devine din ce în ce mai mult „o valoare universală, ce poate fi întîlnită în fiecare societate omenească, deși poziția sa concretă în ierarhia valorilor poate să difere sensibil de la o societate la alta" (70).

Dincolo de diferențele și variațiile (medicale, culturale, etnice, religioase etc.) imprimate în prezent în criteriile de determinare a sănătății și bolii, sănătatea reprezintă un înalt ideal social, spre realizarea căruia se orientează eforturile conjugate ale tuturor popoarelor.

Sintetizînd conținutul acestui ideal într-o formă accesibilă și comună diferitelor națiuni și popoare, preambulul statutului Organizației Mondiale a Sănătății stipulează : „A se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate este unul dintre drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane, fără distincție de rasă, religie, convingeri politice, condiții economice sau sociale. Sănătatea tuturor popoarelor este fundamentală pentru obținerea păcii și securității și este dependentă de cooperarea deplină între indivizi și state. Cuceririle obținute de fiecare stat în promovarea și protecția sănătății constituie o valoare universală..." (2).

Sănătatea este înțeleasă astfel ca un „modus vivendi", ca o capacitate funcțională care acordă individului posibilitatea de a acționa optimal din punct de vedere fizic și intelectual și de a acorda ansamblul posibilităților sale virtuale cu cerințele ansamblului social.

În condițiile în care fenomenele medicale se circumscriu din ce în ce mai mult în tendințele actuale de dezvoltare și schimbare socială, problema cunoașterii și prevenirii factorilor frenatori care împiedică aceste procese se constituie în prezent din ce în ce mai mult ca parte integrantă a teoriei și practicii medicale.

Omul modern revendică dreptul la sănătate — acest drept impune ca cerință indispensabilă nașterea biologică sănătoasă — obiectiv principal al medicinei. La Conferința mondială a populației (București, 1974) au fost abordate cu multă competență marile probleme ale omenirii și, în primul rînd, cele ale dezvoltării, ale condiției umane, ale calității vieții, toate în contextul economic-social al lumii contemporane.

În concordanță cu spiritul Conferinței, cuvintele tov. Nicolae Ceaușescu, rostite cu prilejul deschiderii acestui prestigios forum, au constituit un prețios izvor de inspirație : „Problemele demografice, planificarea dezvoltării populației se pun diferențiat de la un continent la altul, de la o țară la alta, în unele fiind necesară o creștere mai accentuată a populației, iar în altele o diminuare a creșterii. Soluționarea în mod corespunzător a acestor probleme aparține fiecărei țări. O condiție esențială pentru soluționarea problemei populației este lichidarea subdezvoltării, apropierea nivelelor de dezvoltare, crearea unor relații de echitate, egalitate și colaborare activă între toate continentele și statele globului, înfăptuirea unei păci trainice pe planeta noastră". În acest context putem afirma că populația reprezintă avuția cea mai de preț a fiecărei țări, factorul esențial al dezvoltării economice și sociale, al progresului material și spiritual al societății ; omul este și trebuie să rămînă finalitatea și rațiunea supremă a întregii vieți și activități sociale, analiza problemelor populației reprezentînd de fapt și o dezbatere a problemelor de fond ale condiției umane în lumea de azi și în cea de mîine.



Scanned with OKEN Scanner

## 6.9. PĂSTRAREA ŞI ÎNTĂRIREA SĂNĂTĂŢII, PARTE COMPONENTĂ A PROCESULUI DE EDIFICARE A SOCIETĂŢII SOCIALISTE MULTILATERAL DEZVOLTATE

Definiţia preconizată de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, dincolo de idealul pe care-l stipulează (completa bunăstare integrală a indivizilor), răspunde necesităţii unei considerări pluridimensionale a aspectelor menţionate, incluzînd în definiţia sănătăţii ansamblul factorilor bio-psiho-sociali care o condiţionează (73).

Referindu-se la aceasta, în lucrarea „Educaţia sanitară", Penciu şi Dorobanţu scriau următoarele : „Componenta spirituală, element al bunăstării sociale, reclamă existenţa unui ideal care să dea un sens vieţii, fiind o condiţie importantă a stării de sănătate. Aceasta arată că nu numai un mediu de viaţă favorabil, dar de asemenea atitudinile, obiceiurile ambianţei, contribuie la existenţa unei anumite stări de sănătate a populaţiei" (71).

Sănătatea este plenitudinea vieţii, randamentul şi expresia echilibrată a personalităţii. Diversitatea factorilor ce determină sănătatea omului nu trebuie să ne facă niciodată să pierdem din vedere unitatea personalităţii. Medicina, ca subsistem al marelui sistem, societatea, are obligaţia să contribuie la optimizarea tuturor compartimentelor care intră în alcătuirea personalităţii, prin orientarea prioritară a programelor de sănătate către cunoaşterea celor mai semnificative implicaţii sociale impuse de păstrarea statutului sănătăţii, prevenirea şi terapia bolilor civilizaţiei.

Aşa cum se arăta încă, în documentele Congresului al XI-lea şi al XII-lea ale P.C.R., pentru etapa de perspectivă în domeniul ocrotirii sănătăţii se preconizează în primul rînd „dezvoltarea activităţii medicale preventive, ridicarea nivelului de cultură sanitară a întregii populaţii, precum şi asigurarea mijloacelor de apărare şi refacere a sănătăţii oamenilor muncii" (72).

În condiţiile socialismului, sănătatea este privită ca o adevărată „bogăţie" socială, ca o formă esenţială a „proprietăţii de stat". În virtutea acestui fapt, activitatea medicilor îndreptată spre păstrarea, menţinerea şi întărirea sănătăţii oamenilor devine un element din ce în ce mai important, mai operaţional, al rezolvării problemelor sociale ale colectivităţii. Studierea dinamică şi comparativă a stării de sănătate a populaţiei, cunoaşterea şi aprecierea critică a diferitelor puncte de vedere referitoare la îmbunătăţirea ocrotirii sănătăţii, constituie una dintre cele mai importante sarcini, trasate întregului sector sanitar de directivele Plenarei C.C. al P.C.R., privind îmbunătăţirea asistenţei medicale din ţara noastră (3). Subliniind faptul că sănătatea constituie la noi o problemă de stat şi de aceea nu este numai de resortul asistenţei medicale, ci face parte integrantă din ansamblul condiţiilor social-economice şi culturale de dezvoltare a ţării, documentele Plenarei constituie un adevărat model de analiză sociologică, ştiinţific fundamentată, care consideră în mod complex şi unitar totalitatea aspectelor bio-psiho-sociale ale sănătăţii.

Dezvoltarea reţelei sanitare-antiepidemice, supravegherea medicală activă şi sistematică a anumitor grupe de populaţie, extinderea serviciilor şi prestaţiilor medicale gratuite, curative şi profilactice, îmbunătăţirea bazei materiale şi sporirea investiţiilor în domeniul medical, formarea şi perfecţionarea cadrelor medico-sanitare, ca şi alte măsuri, sînt tot atîtea



Scanned with OKEN Scanner

expresii ale preocupării partidului nostru spre afirmarea deplină a capacității de muncă și creație a fiecărui membru al societății, pentru asigurarea unei depline sănătăți fizice, psihice și sociale. Accentul pus pe latura preventivă și profilactică, demonstrat de programul de largă perspectivă de prevenire și combatere a bolilor civilizației, indică noi căi de acțiune atît pentru medicină, cît și pentru celelalte subsisteme ale ansamblului social integral.

Preocuparea permanentă a P.C.R. pentru continua perfecționare a calității asistenței medicale, investițiile făcute de statul nostru pentru extinderea și modernizarea rețelei sanitare au constituit factori de bază pentru activitatea din acest domeniu. Astfel, fondurile de investiții pentru ocrotirea sănătății au crescut între 1951—1980 de aproape 15 ori. Pe această bază au fost create multiple obiective sanitare, repartizate armonios și echitabil pe întreg teritoriul țării. În prezent, numeroase spitale situate în municipii și orașele reședință de județ beneficiază de clădiri noi, urmînd ca altele să fie înzestrate cu spitale nou construite pînă la sfîrșitul cincinalului prezent. Față de 142 000 de paturi în 1970 existente numai în spital, funcționau în 1980 195 000. S-au ameliorat totodată condițiile pentru asistența de urgență și pentru înzestrarea cu mijloace rapide de transport medical, fiind organizate în toate județele țării numeroase stații de salvare dotate cu autosanitare. Baza materială a sectorului farmaceutic a sporit cu peste 450 de noi farmacii și puncte farmaceutice, necesarul de medicamente fiind acoperit în prezent cu o proporție de produse românești de peste 96%, față de 92% cît reprezenta în 1968.

În perioada imediat următoare adoptării Directivelor C.C. al P.C.R. din 1969, referitoare la îmbunătățirea continuă a asistenței medicale a populației, s-au perfecționat verigile organizatorice ale sistemului sanitar și colaborarea dintre ele. Prin eforturi voluntare ale cetățenilor și prin sprijinul statului s-au realizat numeroase dispensare în mediul rural, s-a îmbunătățit dotarea și a crescut numărul dispensarelor medicale din comune, orașe și întreprinderi, ajungînd de la 4 620 de dispensare în 1968 la 5 702 în anul 1980, în care lucrează 10 701 de medici față de 7 068 în anul 1968. Personalul sanitar a crescut și el de la 31 000 de medici cîți erau în 1968 la 39 791 în 1980, revenind, în medie, un medic la 558 de locuitori. Noua lege privind asigurarea sănătății populației a dat posibilitatea unei mai clare fixări a atribuțiilor și răspunderilor unităților sanitare, normînd mai judicios sarcinile dispensarului medical și policlinic, obiectivele spitalului și ale celorlalte centre de apărare a sănătății populației.

Un accent deosebit îl pune noua lege sanitară pe activitatea de prevenire a îmbolnăvirilor, pe controlul stării de sănătate a unor grupe de populație supuse unui risc crescut de îmbolnăvire, pentru organizarea unor acțiuni de educație sanitară și de informare permanentă, privind probleme medico-sociale importante din teritoriu. Spitalului însuși i s-au atribuit sarcini preventive complexe, căpătînd denumirea de „unitate sanitară care asigură asistența medicală completă — preventivă, curativă și de recuperare — în zona teritorială stabilită de direcția sanitară sau Ministerul Sănătății".

În viitor, sublinia prof. Eugen Proca, „se vor face, fără îndoială progrese și în bolile cu condiționare genetică, în biologia transplantelor



Scanned with OKEN Scanner

de țesuturi și organe, în descoperirea de noi medicamente și soluții terapeutice. Copiii noștri vor crește mai sănătoși, mai frumoși și mai inteligenți decît noi. Trebuie să avem însă grijă să le asigurăm, prin mijloace corespunzătoare, nu numai maturizarea fizică, ci și maturizarea politică și socială, care îi transformă în oameni adevărați... Progresul tehnic se va face resimțit, în continuare, cu rezultate pozitive și în medicina noastră. Recurgînd din ce în ce mai mult la aparate, ne pîndește însă primejdia dezumanizării celei mai umane din activități" (398).

Conform reglementărilor noii legi sanitare, un accent deosebit se pune pe îndrumarea, controlul și coordonarea activității de asigurare a sănătății, realizate prin organele de conducere colectivă ale unităților sanitare (prin consiliul oamenilor muncii din unitățile sanitare), în primul rînd prin Consiliul sanitar superior, prin Ministerul Sănătății și prin direcțiile sanitare județene. Punînd un accent special pe întărirea stării de sănătate a populației și prevenirea îmbolnăvirilor, pe optimizarea igienei mediului de viață și de muncă, pe acțiunile de apărare și dezvoltare a sănătății mamei, copilului și tineretului, pe obligația tuturor organelor sanitare de a iniția acțiuni de prevenire și combatere a bolilor transmisibile și a celor cronice degenerative, pe educația sanitară a populației etc., noua lege sanitară constituie cadrul legal propice de traducere în viață a sarcinilor izvorîte din Directivele Congresului al XII-lea al partidului pentru continua îmbunătățire a activității medicale de asigurare, conservare și dezvoltare a sănătății populației.

Atît păstrarea sănătății, cît și apariția bolilor sînt stări umane care interesează toate instituțiile, toate subsistemele marelui sistem care se cheamă societatea. Președintele Asociației Internaționale de Sociologie a Medicinei, M. Field, sublinia că numai considerarea societății ca un sistem și a sistemului de ocrotire a sănătății ca o parte a acestuia poate să reprezinte baza, în virtutea căreia întreaga societate poate fi cointeresată în promovarea sănătății întregii populații.

Latură esențială a procesului multilateral de dezvoltare și înflorire a întregii națiuni socialiste, componentă de bază a edificării societății socialiste multilateral dezvoltate, apărarea și întărirea sănătății publice constituie un domeniu fundamental de exercitare a umanismului socialist. „Continua îmbunătățire a condițiilor de viață materială și spirituală ale poporului — sublinia tovarășul Nicolae Ceaușescu (75) — reprezintă scopul suprem al întregii activități politice și organizatorice pe care o desfășoară partidul nostru de la eliberarea țării, sensul major al planurilor de edificare economică și socială pe care le-a elaborat..." „Este de înțeles că medicii, personalul sanitar trebuie să-și canalizeze întreaga activitate de zi și de noapte apărării sănătății, prevenirii și combaterii bolilor, asigurării tuturor condițiilor ca poporul român să fie un popor sănătos, viguros, în stare să-și îndeplinească cu succes rolul de constructor al socialismului, să facă să înflorească continuu națiunea noastră socialistă" (4).

În această direcție idealul sănătății, consemnat de O.M.S. încetează să mai fie doar un ideal și devine din ce în ce mai mult domeniu concret de existență și de acțiune pentru capacitățile funcționale, depline, ale membrilor societății.



Scanned with OKEN Scanner

# 7.
# CARACTERELE SOCIALE ALE BOLILOR. PARTICULARITĂȚI ALE BOLILOR CONTAGIOASE, CRONICE, DEGENERATIVE ȘI MENTALE

„Cînd un mare număr de oameni sînt pradă aceleiaşi boli, cauza trebuie să fie ceea ce le este comun".

**HIPOCRAT**

Pentru a determina esenţa bolii este nevoie de o analiză şi sinteză dialectică complexă, care să ţină seama de neconcordanţa dintre formă şi conţinut, fenomen şi esenţă, cauză şi efect, necesitate şi întîmplare etc. Prin urmare, diagnosticul bolii trebuie să aibă o bază materialist-dialectică trainică, ceea ce înseamnă, pentru medic, o analiză critică şi sintetizarea tuturor simptomelor, tuturor datelor furnizate de cercetarea obiectivă, a analizelor, concluziilor, observaţiilor, senzaţiilor subiective, condiţiilor de viaţă şi de muncă ale bolnavului etc.

Fără o profundă analiză dialectică,, medicul riscă, în orice etapă a diagnosticului, să se situeze pe poziţiile eronate ale subiectivismului, ale unilateralităţii.

Medicina, aşa cum subliniam, se găseşte la hotarul dintre ştiinţele naturii şi ştiinţele sociale. Ea „îl studiază pe om nu ca pe o fiinţă abstractă faţă de condiţiile înconjurătoare, ci ca pe omul care trăieşte în anumite condiţii social-economice, ce exercită asupra lui o influenţă hotărîtoare" (187).

Mediul înconjurător exercită asupra organismului uman o anumită influenţă (binefăcătoare sau dăunătoare), care în prealabil a trecut prin condiţiile social-economice ale societăţii. Omul însă trăieşte în societatea care are o influenţă asupra caracterului şi deprinderilor lui, mai puternică decît influenţa exercitată de natură. Nu trebuie să identificăm medicina privită ca ştiinţă — care reprezintă un proces de cunoaştere, de către om, a legităţilor dintr-un anumit domeniu de fenomene ale realităţii — cu manifestările ei concrete într-o ţară sau alta, care corespund suprastructurii ca orientare şi măsuri organizatorice. Obiectul ştiinţei medicale este acelaşi în Europa, S.U.A. etc., dar ţelurile şi sarcinile, principiile fundamentale de organizare etc. sînt complet diferite.



Scanned with OKEN Scanner

Orice boală are, într-o anumită măsură, în forme și grade diferite, un caracter social. Această constatare, departe de a fi un simplu truism, subliniază de fapt cel puțin două laturi ale unui proces extrem de actual : pe de o parte generalizarea crescîndă, într-o formă excepțională și masificată, a bolilor în societatea contemporană, iar pe de altă parte, complementar, orientarea din ce în ce mai frecventă a medicinei către surprinderea dimensiunilor sociale, psihologice și chiar culturale ale bolii. Dacă pe o anumită treaptă de dezvoltare, știința medicală a fost definită aproape în întregime din punctul de vedere biologic, interesul ei pentru aspectele sociale ale sănătății și bolii devine astăzi predominant. Pe măsură ce s-a accentuat dezvoltarea cunoștințelor teoretice și experimentale din domeniul biologiei, imunologiei, geneticii, pe măsură ce s-a amplificat arsenalul tehnic necesar cercetării, investigației clinice și terapeutice, medicina a fost nevoită să constate că, cu toată extinderea gamei ei de posibilități și succese, are nevoie pentru problemele ei cardinale, de răspunsuri, pe care i le poate oferi numai un sistem de referință social, global.

Știința a transformat medicina, aproape tot atît de mult pe cît industrializarea a transformat societatea. Progresele științifice și tehnice, deși îi asigură medicinei metode cu care să abordeze formele existente de sănătate și boală, prin ele însele generează noi condiții sociale și boli, iar acestea, la rîndul lor, pretind științelor medicale și sociale noi soluții, în condițiile în care cunoștințelor mai vechi li s-au adăugat domenii de dimensiuni vaste, necuprinse în alte profesii. În medicină, dezvoltarea tehnicii exercită o puternică forță gravitațională, deoarece permite, teoretic, să se facă mai mult decît în trecut. Astăzi, se pot salva și prelungi vieți în mai mare măsură decît chiar cu un deceniu în urmă. Chirurgia inimii este doar unul dintre exemplele cele mai comune și curente ale progresului pe care l-a înregistrat medicina. Există însă, în același timp, și situații cînd medicul este pus în fața unor cazuri, la care, cu toată complexitatea tehnicii, rămîne neputincios, deoarece dimensiunea cererilor pentru aceste tehnici depășește oferta posibilităților.

Se poate spune că, în domeniul medicinei se trece de la epoca de nevinovăție a ignoranței, la cea a vinovăției științei. De aceea, știința, tehnica, de comun acord cu medicina, trebuie să găsească soluții pe măsura în care știu să creeze probleme.

În aceste condiții, medicina este confruntată în prezent, mai mult ca oricînd, cu problemele de sănătate ale omului în ambianța mediului de muncă, viață și conviețuire socială, ceea ce impune ca întreaga patologie să fie studiată în contextul împrejurărilor sociale în care trăiește și muncește. Așa cum subliniază Directivele Comitetului Central al P.C.R., cu privire la îmbunătățirea asistenței medicale a populației din R.S.R., problemele esențiale ale ocrotirii sănătății sînt legate de „apărarea sănătății muncitorilor la locul de muncă", cercetarea științifică medicală trebuind în continuare, „să fie legată de om, de nevoile sănătății poporului".



Scanned with OKEN Scanner

În aprecierea generală a activității medico-sanitare trebuie să ținem seama de cerințele actualei etape de dezvoltare a țării pe drumul civilizației socialiste, de noile cuceriri ale medicinei mondiale.

Își va modifica oare patologia umană datele în condițiile actualei revoluții științifice-tehnice ? Există toate motivele să presupunem că, în funcție de progresul tehnologic exploziv care determină intens solicitări psiho-fizice și modificări adaptative importante în relația om-mediu, patologia umană să-și modifice în continuare parametrii (111). Există însă tot atîtea motive să apreciem că, toți acești factori pot fi influențați, printr-o colaborare activă, interdisciplinară, a medicinei cu celelalte științe care se ocupă de om și în primul rînd cu sociologia.

## 7.1. ROLUL SOCIOLOGIEI MEDICINEI ÎN EXPLICAREA BOLILOR

Privit din punctul de vedere al sociologului, domeniul medicinei, al bolilor, oferă nenumărate ocazii pentru a studia comportamentele sociale ale oamenilor. Boala este un fenomen „universal", dar modul în care reacționează oamenii față de ea, puterea ei de penetrație în categorii de populație diferite, sînt elemente extrem de variate și de nuanțate. Cunoașterea și explicarea acestor probleme constituie un domeniu extrem de fecund pentru activitatea medicului și sociologului medical.

Acestea sînt numai cîteva dintre problemele cu care se confruntă medicul, ca și sociologul integrat în domeniul social de studiu al medicinei, probleme care nu pot fi rezolvate numai de pe pozițiile clinicianului, ale profesionistului medical integrat în relația terapeutică imediată.

O constatare care obligă să se ia în considerare valabilitatea acestui punct de vedere constă în faptul, unanim recunoscut, că bolile nu sînt uniforme, nu apar întîmplător, ci, dimpotrivă, cauzalitatea lor, deosebit de complexă și variabilă își are punctul de plecare în diversitatea condițiilor sociale, în structura diferită a stilurilor de viață, caracteristice grupărilor de populație din diferite sectoare ale ansamblului social. Acestea procură indicii deosebit de importante despre natura și caracteristicile etiologice ale bolii, combinînd acțiunea profesionalizată a sistemului medical cu acțiunea altor instituții sociale, interesate în păstrarea și dezvoltarea stării de sănătate a membrilor lor.

Pentru toate aceste motive, sociologia medicinei poate furniza contribuții deosebit de importante acțiunilor de cunoaștere, evaluare și prevenire a condițiilor sociale generatoare de boli.

Se poate ridica, firește, întrebarea, în ce măsură activitatea sociologică se deosebește — fundamental sau nu — de practica socială desfășurată în cadrul altor ramuri și discipline medicale, care se ocupă, de asemenea, de aspectele sociale ale sănătății și bolii ? Fără a intra în ansamblul discuțiilor — mai vechi sau mai noi — privitoare la delimitarea sferei de preocupări a sociologiei medicinei, în raporturile ei cu conținutul altor discipline (domeniul sănătății publice, al igienei și medicinei sociale, al medicinei ș.a.m.d.) este necesar să precizăm că



Scanned with OKEN Scanner

obiectul, tematica, conținutul și metodologia specifică de abordare diferențiază categoric modalitățile de abordare sociologică de celelalte.

Pînă la un punct, există o identificare între preocupările acestor discipline, există chiar o convergență de interese în ceea ce privește realizarea unor scopuri științifice comune, dar, dincolo de aceste modificări sau puncte de vedere comune, se evidențiază distincții metodologice fundamentale. Așa cum considera R. M. Coe, sociologia medicinei a devenit un domeniu distinct al practicii medicale, în măsura în care a ajuns la o anumită maturitate teoretică și metodologică, de sine stătătoare. Reacțiile sociale și culturale față de boală, domeniul valorilor, atitudinilor și rolurilor sociale, relațiile ei cu diferitele variabile sociale, sînt probleme la care sociologia medicinei poate să răspundă exact, iar relațiile ei cu celelalte ramuri — cu caracter social — ale medicinei, completează, corectează și adaugă noi dimensiuni analizei sociologice.

## 7.2. ETIOLOGIE SPECIFICĂ ȘI ETIOLOGIE MULTIFACTORIALĂ

Patologia umană este strîns legată de particularitățile laturii biologice, dar și ale celei sociale, specifice omului. Între cele două laturi există o relație de dependență reciprocă : biologicul oferă un ansamblu de condiții potențiale, necesare desfășurării cu succes a activității sociale, iar la rîndul lui, elementul social determină și chiar modelează anumite procese biologice specifice. În nosologie și nosografie, ca domenii ale patologiei, problema clasificării bolilor din punctul de vedere al cauzelor biologice, constituie un element metodologic fundamental. Etiologia modernă a bolilor nu se poate reduce însă la o cauzalitate biologică, liniară ; ea impune o abordare multilaterală, multifactorială, care să ia în considerare atît ansamblul factorilor biologici, cît și al celor sociali.

Deși cercetătorii și profesioniștii medicali tratează în mod diferit etiologia bolilor, se recunoaște din ce în ce mai des că o abordare etiologică multiplă care să țină seama de totalitatea factorilor interni și externi este deosebit de utilă și de necesară. Dacă importanța agenților specifici a fost dovedită de multă vreme (noțiunea de cauză specifică a bolilor a permis încă de la sfîrșitul sec. al XIX-lea constatarea că majoritatea bolilor contagioase apar datorită unei variate mase de microorganisme, care se multiplică ca elemente parazite în organismul uman), noțiunea de etiologie multiplă este la fel de importantă, mai ales cînd este utilizată în mod corespunzător. Mechanic scrie că „ea trebuie să fie mai mult decît o simplă lozincă, care citează numeroși factori cauzali, cu care ne ascundem uneori ignoranța și necunoașterea detaliilor pentru a înțelege unele domenii specifice ale bolii“ (43).

Simptomatologia bolii presupune, desigur, o specificitate a reacției organismului, în raport cu influențele diferiților agenți patologici, dar trebuie să se țină seama de faptul că factorul etiologic, elementul cauzal, nu se manifestă în cadrul unui determinism biologic liniar, ci presupune asocierea unui complex de condiții, cu ajutorul cărora să se poată obiectiva. „Cauza este, din punct de vedere logic (și *nu numai logic* — sublinierea noastră), o condiție necesară, obligatorie și hotărî-



Scanned with OKEN Scanner

toare, deşi nu este suficientă decît în prezenţa unui complex de condiţii", arată V. Săhleanu (77).

Semnalînd confuziile care se creează uneori în literatura medicală, ca urmare a utilizării termenului de „specific" cu sensuri diferite, acelaşi autor considera că a interpreta specificul ca o proprietate a unei unice cauze patogene înseamnă de fapt, a sărăci şi a deforma înţelesul real al noţiunii de cauzalitate a bolilor.

Spre sfîrşitul sec. al XIX-lea şi începutul sec. al XX-lea, se ascute din ce în ce mai mult conflictul dintre teoriile metafizice şi mecaniciste asupra etiologiei bolilor şi faptelor de curînd apărute, noi prin conţinutul lor obiectiv. „În lumina noilor descoperiri, teoriile reprezentanţilor curentului exoetiologic în patologie (Pasteur, Koch), potrivit cărora boala era considerată ca rezultatul pătrunderii directe în organism a microbului, s-au dovedit cît se poate de unilaterale, mecaniciste" (187). Noile capitole de patogenie şi fiziologie, teoria constituţiei, a secreţiilor interne, descoperirea polimorfismului relativ al microorganismelor, a existenţei purtătorilor de microbi etc. au infirmat teoriile metafizice şi mecaniciste asupra raportului dintre micro- şi macroorganism. „Concepţia unilaterală, spunea P. Müller, care atribuie rolul principal microorganismului şi face abstracţie de particularităţile organismului infectat, este o simplificare de nepermis, dar foarte des întîlnită în ştiinţă...". „Contaminarea şi imunitatea nu pot fi separate, întrucît ele reprezintă două forme deosebite de manifestare ale unuia şi aceluiaşi complex de raporturi existente între celule şi bacterii" (186).

Se cunosc desigur numeroase date despre anomaliile anatomice sau funcţionale, etichetate în funcţie de modul de manifestare a semnelor şi simptomelor, dar adesea lipsesc informaţiile despre împrejurările externe (naturale şi sociale) asociate bolii. Astfel, de exemplu, expunerea la unul sau mai multe virusuri constituie o condiţie necesară, dar nu suficientă, pentru a contracta o anume boală infecţioasă. Apar însă numeroşi factori mediatori ai bolii, care diminuă rezistenţa organismului. O etiologie multifactorială — sublinia R. Dubos — „este mai mult o regulă decît o excepţie şi ea este deosebit de utilă pentru ca să poată concilia teorii aparent contradictorii asupra cauzalităţii bolilor" (78). Din perspectiva noilor descoperiri ştiinţifice, teoriile etiologice nu trebuie să se ocupe numai de factorii interni, dar şi de cei externi.

În plus, un aspect important legat de noţiunea de „etiologie" rezultă din faptul că boala nu este consecinţa unui singur agent, a unei cauze „specifice" sau „esenţiale", ci include un număr mare de agenţi patogeni. Una din principalele dificultăţi în studiul bolii — consideră Mechanic — „este faptul că unele categorii de boli nu sînt entităţi izolate, ci constelaţii de entităţi similare" (43). Mediul interior şi cel exterior constituie un sistem multifactorial de asemenea entităţi, sistem care dă posibilitatea unei formulări mult mai ample şi mai corecte a cauzalităţii bolii.

Conceptul de multifactorialitate în conceperea etiologiei bolilor — conchidea acelaşi Dubos — nu discreditează totodată doctrina clasică a specificităţii, ci, dimpotrivă, „constituie mai mult o extindere a ei şi permite o înţelegere ştiinţifică mai apropiată de complexitatea lumii



Scanned with OKEN Scanner

reale" (78). O asemenea abordare este deosebit de utilă și de valoroasă și permite totodată unificarea punctului de vedere biologic cu cel social, în conceperea bolii, pentru preconizarea unor măsuri eficiente de prevenire și combatere.

În acest sens, o serie de condiții psihologice și sociale, cum ar fi personalitatea, motivația, rolurile sociale, nivelul de cultură sînt la fel de importante, ca și factorii genetici, nutriția și mecanismele de imunizare. Cunoașterea factorilor sociali implicați în starea de boală stau la baza elaborării măsurilor de politică sanitară, măsuri orientate nu atît spre acțiuni terapeutice, cît, mai ales spre combaterea și prevenirea unor condiții sociale care favorizează boala. Constatarea conform căreia între cancerul pulmonar și fumat există o relație posibilă, a permis, de exemplu, concentrarea atenției în această direcție, pentru a feri grupele de tineri de riscurile la care se expun dacă fumează. Influența etiologică a fumatului asupra cancerului este dovedită în prezent de studii experimentale și se corelează cu alte influențe, datorate unor multiple variabile personale și sociale (sex, profesiune, condiții de lucru, zonă de rezidență, informații sanitare etc.).

Ansamblul acestor variabile într-un sistem coerent și evaluativ, raportat la ansamblul macrosistemului social, considerarea efectelor bolii din perspectiva modului în care acestea afectează sistemele sociale și grupările de oameni, evaluarea integrală, globală, a consecințelor de orice natură (economică, socială, spirituală etc.) pe care le induce acțiunea bolii în societate, constituie obiective de prim ordin pentru cunoașterea sociologică.

Acțiunea patogenă a mediului social și mecanismele prin care acesta își exercită „agresivitatea" asupra celui care l-a creat, necesită cercetări sociologice deosebit de complexe și de laborioase. Dacă ținem seama că investigația sociologică este profund interdisciplinară, că ea face apel la perspective multifactoriale și pluridimensionale, pentru a aborda integral manifestările unui anumit fenomen (socio-medical în cazul sociologiei medicinei), atunci înțelegem de ce perspectiva sociologică este deosebit de fecundă și de eficientă. În abordarea bolii, atît ca fenomen biologic, cît și ca fenomen social, utilizarea — pentru a folosi o expresie cunoscută a profesorului H. H. Stahl — unor combinate interdisciplinare de tip orchestral este un element de bază. Etiologia multifactorială devine, în acest caz, o realitate cu multiple posibilități de realizare și valorificare.

## 7.3. CLASIFICAREA ȘI PREVENȚIA „SOCIALĂ" A BOLILOR

Importanța etiologiei sociale a bolilor rezidă nu numai în caracterul ei complex, în multiplele ei posibilități de analiză și de evaluare, dar și în natura clasificării pe care o operează, ca urmare a evidențierii gradului lor de distribuție și de penetrație, în raport cu diferitele caracteristici globale ale diverselor grupări de populație.

Există mai multe moduri de clasificare a bolilor, în funcție de diferitele criterii și sisteme de referință (al patologului, fiziologului,



Scanned with OKEN Scanner

epidemiologului etc.). Pentru sociologia medicinei prezintă interes mai mare clasificarea care permite evidenţierea bolilor cu cea mai mare frecvenţă şi cu cele mai puternice efecte asupra vieţii colective a oamenilor, în măsura în care acestea afectează capacitatea funcţională a membrilor diferitelor grupări sociale şi întrerup comunicaţiile dintre ei.

Studierea condiţiilor şi caracteristicilor acestor boli oferă un cîmp larg de studiu şi pentru cercetarea comportamentului uman în contextul situaţiilor patologice, permiţînd totodată evidenţierea unor regularităţi şi tendinţe cu caracter obiectiv. Prezintă interes, din acest punct de vedere, nu numai modul în care caracterul social al acestor boli afectează indivizii, dar mai ales cunoaşterea de societate a strategiei de apărare contra lor. Dacă în societăţile „primitive" această strategie constă în mobilizarea resurselor colectivităţii şi în participarea acesteia la actul terapeutic, în societatea contemporană ea cuprinde măsurile cu profund caracter social, elaborate de sistemul sănătăţii publice. „Într-un anume sens, descrierea bolilor în termenii măsurilor de apărare luate de grupurile umane, oglindeşte trecutul şi evoluţia sănătăţii publice, în special atitudinea societăţii faţă de bolnav" (6).

Utilizînd un asemenea criteriu, Rodney M. Coe clasifică bolile în trei categorii : infecto-contagioase, cronice şi mentale (de resortul psihiatriei sociale). Această clasificare, chiar dacă determină o anumită suprapunere a caracteristicilor acestor boli, are meritul de a permite evidenţierea unor elemente sociologice semnificative, atît din punct de vedere al efectelor, cît şi al măsurilor de combatere a lor.

### 7.3.1. BOLILE CONTAGIOASE

Astfel, o particularitate importantă a *bolilor contagioase* constă în faptul că majoritatea lor sînt date de un singur agent patogen (sau cel puţin de unul care-i domină pe ceilalţi), ceea ce permite concentrarea eforturilor în direcţia înlăturării lui. Deoarece majoritatea bolilor contagioase apar datorită unor microorganisme care se instalează ca agenţi paraziţi în organismul uman, transmiţîndu-se prin contactul între organismul patogen şi noua gazdă, prima măsură de prevenţie constă în ruperea lanţului de transmitere, pentru a împiedica pe transportor să ajungă la noua gazdă şi s-o infecteze.

Majoritatea bolilor contagioase sînt autolimitative, permiţînd vindecarea lor într-un termen scurt, datorită resurselor imunizante ale organismului. Domeniul imunologiei s-a dezvoltat în scopul favorizării prevenţiei acestor boli. Noţiunea de morbotropism sau imunitate diferenţială, arată că unele categorii de persoane (clasificate mai ales în funcţie de variabila „vîrstă") sînt mai susceptibile decît altele să contracteze anumite boli contagioase.

Totuşi, nu trebuie ignorat că unele boli infecţioase ca tuberculoza şi sifilisul (bolile venerice în general) nu numai că nu sînt autolimitative, dar pot să ia chiar proporţie de epidemii, ameninţînd mai ales locuri în care densitatea populaţiei este maximă (centrele urbane). În ceea ce priveşte tuberculoza, unele studii au semnalat marile procente



Scanned with OKEN Scanner

de mortalitate înregistrate, ca urmare a trecerii de la viaţa rurală la cea urbană, a migraţiilor din zone geografice cu clime diferite şi a altor factori, în majoritatea lor sociali. René Dubos considera chiar că procentul cel mai ridicat de mortalitate datorat tuberculozei se înregistrează cam după 10—20 de ani de la industrializarea unei ţări, pentru ca apoi să scadă brusc.

Ca urmare, măsurile de prevenire *primară* (inclusiv imunizarea) sînt deosebit de eficiente, tendinţă constatată mai ales în cazurile de difterie, poliomelită, tuberculoză, febră tifoidă şi tuse convulsivă. Dizenteria şi gonoreea se supun şi ele aceloraşi tendinţe, cu unele excepţii. În alte cazuri, măsurile de prevenţie *secundară* (tratamentul aplicat pentru a opri evoluţia bolii şi efectele ei secundare), ca şi cele de prevenţie *terţiară* (procesul de reabilitare, de restabilire) sînt şi mai importante.

Referindu-se la totalitatea măsurilor de prevenţie, J. Lavendrine consideră că acestea constau în principal din următoarele elemente (79) :

— depistarea afecţiunilor necunoscute de subiect ;

— depistarea anomaliilor care ar putea să ducă la afecţiuni caracteristice, dacă nu sînt corectate ;

— tratamentul cît mai precoce şi mai corect pentru a obţine o vindecare rapidă, a evita orice complicaţie şi, în special, trecerea la invaliditate ;

— adunarea de informaţii statistice, necesare pentru orientarea în viitor a unei politici sanitare eficiente.

Este lesne de înţeles că ansamblul acestor măsuri depăşeşte cazul strict al bolilor contagioase, extinzîndu-se în domeniul altor tipuri de boli. Aşa cum arăta Albert Wessen, „de fapt numai după ce bolile acute au început să fie stăpînite, mulţi bolnavi au putut supravieţui, pentru a simţi efectele depline şi prelungite ale bolilor cronice“ (19).

Drept efect al „cuceririi“ bolilor epidemice, influenţa acestora asupra structurii mortalităţii a scăzut într-o proporţie considerabilă. O statistică elaborată de Biroul de Recensămînt al S.U.A. aprecia că, într-un interval de 60 de ani (1900—1960), contribuţia bolilor infecţioase la rata mortalităţii a scăzut în medie de la 40% la numai 6%.

Problema participării populaţiei la ansamblul măsurilor de prevenire a constituit o condiţie deosebit de eficientă a micşorării gradului de agresivitate a acestor boli, contribuind hotărîtor la eradicarea lor.

Subliniind acest lucru, I. Haţieganu arată că bolnavul trebuie să participe activ şi conştient la aplicarea tratamentului şi la opera de profilaxie a colectivităţii, acest principiu nefiind însă aplicabil fără o acţiune de lămurire şi educaţie igienică. Această participare s-a vădit şi ea că are un caracter „diferenţial“, multe dintre studiile sociologice dovedind că există o diferenţiere vizibilă — în ceea ce priveşte interesul faţă de sanitaţie — între diferitele categorii sociale de populaţie. Astfel, unele variabile cu caracter social larg (influenţa grupelor de rudenie sau de prieteni, gradul de informaţii şi cunoştinţe, atitudinile care reflectă gradul de cultură a subiectului, sexul, vîrsta, profesia) joacă un rol semnificativ.



Scanned with OKEN Scanner

În legătură cu măsurile de prevenţie luate contra *bolilor cronice şi degenerative*, problemele cu care se confruntă grupurile umane sînt mult mai dificile, atît pentru că cunoştinţele medicale privitoare la etiologia şi la tratamentul lor sînt de multe ori insuficiente, cît şi pentru că metodele aplicabile în cazul bolilor contagioase sînt de multe ori inutilizabile în raport cu primele. Explicaţia este dată, pe de o parte, de faptul că majoritatea bolilor cronice au o cauzalitate multiplă (nu specifică, precum în cazul agenţilor patogeni ai bolilor infec-

*Tabelul III*

**Decedaţi prin 17 grupe de cauze, pe sexe, în anul 1979 (România)**

| Nr. crt. | Grupe de cauze | Total | Masculin | Feminin |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Tuberculoză | 874 | 681 | 193 |
| 2. | Boli infecţioase şi parazitare (fără tuberculoză) | 1 886 | 1 064 | 822 |
| 3. | Tumori | 29 885 | 16 602 | 13 283 |
| 4. | Boli endocrine, de nutriţie şi de metabolism; boli ale sîngelui şi ale organelor hematopoietice | 1 429 | 639 | 796 |
| 5. | Tulburări mentale, boli ale sistemului nervos şi ale organelor de simţ | 2 983 | 1 755 | 1 228 |
| 6. | Boli ale aparatului circulator din care: | 117 979 | 54 547 | 63 432 |
| 7. | Boli cerebro-vasculare | 30 113 | 13 245 | 16 868 |
| 8. | Boli ale aparatului respirator din care | 28 304 | 15 681 | 12 623 |
| 9. | Gripă | 67 | 24 | 43 |
| 10. | Boli ale aparatului digestiv | 9 813 | 6 030 | 3 783 |
| 11. | Boli ale organelor genito-urinare | 3 300 | 2 068 | 1 232 |
| 12. | Complicaţii ale sarcinii, naşterii şi lăuziei | 550 | — | 550 |
| 13. | Boli ale pielii şi ţesutului subcutanat, ale sistemului osteomuscular şi ţesutului conjunctiv | 317 | 116 | 201 |
| 14. | Anomalii congenitale | 2 196 | 1 195 | 1 001 |
| 15. | Cauze ale mortalităţii perinatale | 2 647 | 1 667 | 980 |
| 16. | Cauze rău definite | 420 | 213 | 207 |
| 17. | Accidente, otrăviri, traumatisme | 14 920 | 10 851 | 4 029 |
| | TOTAL | 217.509 | 113.159 | 104.350 |

*Sursă*: Direcţia centrală de statistică, Mişcarea naturală a populaţiei în 1979

ţioase), iar pe de altă parte în faptul că ele nu sînt contagioase şi deci metoda imunizării sau a ruperii verigilor de transmisie nu este aplicabilă. Este cazul cancerului, ca şi al leziunilor vasculare din sistemul nervos central, cazul afecţiunilor coronariene, al artritelor, deosebite de cazul unor boli cronice a căror cauzalitate este deja cunoscută (de exemplu : tuberculoza şi sifilisul).

Ca urmare, interesul epidemiologilor nu s-a mai concentrat asupra identificării cauzelor „specifice" ale bolii, ci asupra efectelor lor diferenţiate în cadrul diferitelor grupuri sociale de populaţie. Acest fapt



Scanned with OKEN Scanner

a dus la o orientare din ce în ce mai accentuată către utilizarea modelului de cauzalitate multiplă a bolilor ; a rezultat ideea că „dincolo de cauza intimă a bolii (agentul patogen) se află cauza «ultimă», adică factorii mediului social și fizic, care formează legăturile dintre agent și gazdă“ (6).

Cauzalitatea multiplă a îndreptat atenția medicului spre problemele strîns legate de „stilul de viață“ al bolnavului, spre relațiile familiale și profesionale ale acestuia, pentru identificarea factorilor sociali care pot influența eficacitatea tratamentului. Pericolul social pe care îl prezintă bolile cronice degenerative asupra alterării stării de sănătate a populației a centrat activitatea guvernelor diferitelor țări pe elaborarea unor programe prioritare, atît în ceea ce privește măsurile de prevenire propriu-zisă, cît și în ceea ce privește difuzarea unor informații cu caracter de masă în domeniul culturii și educației sanitare.

O opinie publică informată și o cooperare activă a maselor sînt de importanță capitală pentru îmbunătățirea sănătății populației, se arată în Constituția O.M.S., cu atît mai mult cu cît profilaxia începe și se termină cu educația sanitară. Canalele *mass-media* au difuzat, în ultimii ani, mii de programe dedicate acestui subiect, dar se estimează că există încă destule deficiențe, în privința audienței lor de categoriile de populație mai puțin expuse acțiunii lor concertate.

Oricum, pericolele cronicității sînt extrem de mari și ele pătrund în categorii din ce în ce mai numeroase de populație.

Statisticile din S.U.A. indică, de exemplu, că pentru cel puțin 6 din 10 cauze de deces sînt răspunzătoare, în primul rînd, bolile cronice. Se consideră, în general, că țările avansate au o proporție mai scăzută de decese prin boli infecțioase acute și una mai ridicată prin boli cronice, situația fiind inversă pentru țările subdezvoltate.

O consecință importantă a cronicității o constituie faptul că aceste tipuri de boli au nevoie de un tratament deosebit de îndelungat, care necesită cheltuieli mari, iar pentru o mare parte din țările dezvoltate și chiar pentru unele în curs de dezvoltare, acest lucru afectează direct grupurile vîrstnice, cele mai susceptibile la suferințele cronice și cele care dispun de cele mai puține mijloace pentru a suporta cheltuielile tratamentului. O altă consecință la fel de importantă a bolilor cronice constă în influența pe care acestea o exercită asupra structurii familiei, în măsura în care rolurile familiale pot fi tulburate, datorită incapacității unuia sau altuia dintre membri. T. Parsons și R. Fox consideră, de exemplu, că prezența unui bătrîn bolnav în familia nucleară (părinți, adulți și copii mici) afectează aproape „intolerabil“ rolurile familiei, deoarece dependența lui de adulți împiedică desfășurarea normală a vieții familiale (81). Deoarece — consideră acești autori — numărul bătrînilor sporește permanent, împreună cu procentul de boli cronice, societatea este confruntată în prezent cu o problemă socială de o amploare considerabilă.

Un aspect tipic al cronicității se manifestă în modificarea comportamentului social, în dependența sporită de alții, în poziția „minoritară“, „discriminativă“ a celor afectați. Numeroși autori consideră că în societatea capitalistă multitudinea de efecte sociale negative, deter-



Scanned with OKEN Scanner

minate de invaliditatea sau handicapul fizic al celor afectaţi de bolile cronice (incapacitatea funcţională, devalorizarea rolului lor social şi a poziţiei în societate), reprezintă elemente care fac din aceştia nişte dezadaptaţi sau „marginali", împinşi la periferia societăţii.

Desigur, aceste aspecte se manifestă diferenţiat, în funcţie de contexte sociale şi mai ales politice diferite, fiind dependente de ansamblul măsurilor iniţiate de guvernele ţărilor, de modul în care acestea privesc problematica socială a sănătăţii.

Cauzele sociale şi structura de clasă, specifice orînduirii capitaliste, influenţează în cel mai înalt grad caracterul şi condiţiile morbidităţii prin numeroşi factori, cum ar fi : conflictele sociale, şomajul, problemele naţionale, etnice, psihoza militaristă, rasială etc. Totuşi, trebuie să avem în acelaşi timp în vedere agresiunea exercitată de efectele, de multe ori necontrolate, ale revoluţiei ştiinţifico-tehnice, care acţionează şi ele ca elemente deosebit de incisive şi penetrante. Datele statistice ne oferă posibilitatea să constatăm că „civilizaţia" capitalistă determină creşterea în masă a traumatismelor, psihozelor, maniei narcoticelor, alcoolismului, bolilor de inimă, care împreună cu factorii asociaţi revoluţiei ştiinţifico-tehnice, determină în mare măsură structura patologiei umane actuale. Tabloul patologic în aceste ţări trebuie analizat în corelaţie directă cu procesele sociale şi politice, cu rol determinant în generarea unui anumit „mod de viaţă", responsabil pentru medierea generalizării unui mare număr de boli. Măsurile luate de guvernele acestor ţări, în scopul asigurării unei condiţii optime de sănătate membrilor societăţii, intră în dezacord — de cele mai multe ori — cu caracterul proceselor sociale, cu modul de manifestare al contradicţiilor specifice societăţii capitaliste. Nu se poate nega, desigur, interesul manifestat de toate ţările în menţinerea şi promovarea sănătăţii populaţiei, date fiind consecinţele economice pe care le-ar produce alterarea ei, dar trebuie spus că, în condiţiile sistemului capitalist, eficacitatea programelor de sanitaţie apare contrabalansată de acţiunea exercitată asupra individului de „agresiunea" factorilor sociali şi politici, cu rădăcini de clasă. Măsurile de prevenire şi combatere a bolilor cronice sînt însă deosebit de utile pentru toate ţările şi alcătuiesc o componentă de bază a politicii sanitare a fiecărei naţiuni.

Strategiile elaborate în acest sens pun un accent deosebit pe măsurile de prevenire secundară (examene medicale periodice, teste de verificare, educaţie sanitară), care se bazează, în mare parte, pe elaborarea unor programe de control sanitar de masă pentru depistarea precoce a acestui tip de afecţiuni. În privinţa măsurilor de prevenţie terţiară (reabilitarea bolnavului), acestea, deşi mult mai reduse ca rază de acţiune, au şi ele un rol, deosebit de important, constînd în restabilirea totală nu numai a capacităţilor fizice, ci şi a potenţialului social, profesional şi economic al celor afectaţi. Cum considera H. A. Rusk, „reabilitarea este un înalt scop social, fiind a treia fază a îngrijirii medicale" (82), care urmează imediat diagnosticului şi tratamentului. Dacă avem în vedere că indivizii afectaţi de bolile cronice şi degenerative constituie o mare masă de populaţie neproductivă, ne dăm seama cîte efecte economice negative pot induce aceste afecţiuni în ansamblul unei



Scanned with OKEN Scanner

societăţi. Ca urmare, măsurile de combatere a acestor boli sînt de interes naţional, iar tratamentul lor necesită mai mult decît o simplă asistenţă medicală, şi anume ansamblul concertat al tuturor competenţelor medicale. Rodney M. Coe utilizează noţiunea de „medicină integrală" pentru a desemna concepţia potrivit căreia : „îngrijirea medicală a bolnavilor are dimensiuni extrem de variate, de la aplicarea cunoştinţelor psihologiei dinamice şi sociologiei, pînă la exercitarea rutinei medicale obişnuite" (6).

### 7.3.3. BOLILE MENTALE

O a treia categorie de *boli*, cele *mentale*, necesită o tratare aparte, datorită caracterului lor complex, despre care uneori se ştie chiar mai puţin decît despre bolile contagioase şi cele cronice degenerative, precum şi datorită implicaţiilor lor psihologice, sociale şi culturale, deosebit de pregnante şi semnificative. Majoritatea acestor boli sînt considerate ca dezordini psihice funcţionale, deşi în unele cazuri ele pot să aibă cauze organice (pareza sifilitică, demenţa senilă, infecţia bacteriană a creierului etc.), sau să se manifeste prin anumite simptome fizice. Este cazul aşa-numitelor boli psihosomatice, în cadrul cărora procesele fiziologice interferează pe cele de natură psihică. Tendinţa de orientare către localizarea unui agent etiologic organic a fost modificată, mai ales ca urmare a concepţiei freudiste. Teoria lui Freud explica faptul că boala psihică are drept cauză principală ruperea echilibrului dintre impulsurile de origine biologică şi mecanismele de control cultural (noţiuni ca : refularea, „împingerea" impulsurilor către inconştient, sublimarea, exprimarea acestor impulsuri într-o formă „normală", socialmente acceptabilă, ca şi alte noţiuni, explică tocmai această disarmonie). Alte concepţii califică boala psihică drept o distorsiune gnoseologică, deformînd realitatea în asimilarea ei senzorială, „tulburînd profund atmosfera grupului şi climatul de sănătate mentală a colectivelor" (395). Astfel, psihiatria devine o sursă puternică a cunoaşterii antropologice, cu implicaţii în studierea microgrupurilor, ceea ce transformă psihanaliza clasică a lui Freud într-o neopsihanaliză, care face apel la modalităţile de cunoaştere sociologică, la conceptele şi metodele acesteia.

În general, bolile psihice pot fi clasificate în aproximativ 43 de categorii nosologice (25), în funcţie de diferitele lor forme de manifestare : debilităţi mintale, psihonevroze, psihopatii, deficienţe de adaptare comportamentală etc. Pînă de curînd — considera H. W. Dunham (25) — psihiatria era, indiferent dacă pornea de la o clasificare mai largă sau mai îngustă a bolilor, o specialitate clinică-terapeutică. În ultimii ani, se încearcă însă să se includă în cadrul ei, printr-o viziune mai vastă, şi comportamentul bizar sau deviant, în forma lui „latentă" şi „manifestă", precum şi influenţa acestui comportament asupra relaţiilor interpersonale, structurilor instituţionale şi organizaţiilor comunitare.

De aproximativ trei decenii s-a dezvoltat — mai ales în S.U.A. — o ramură nouă a sociologiei, cea a bolilor mentale, care se suprapune întrucîtva psihiatriei.



Scanned with OKEN Scanner

În timp ce medicul psihiatru adoptă linia tradiţională de cercetare clinică a cazurilor individuale, sociologul percepe cazul clinic, „ca pe o persoană cu o anumită structură psihică de comportament, ale cărei reacţii sînt considerate de ceilalţi membri ai comunităţii ca o deviere inacceptabilă de la aşteptările grupului“ (25).

Această respingere de către comunitate duce la o disfuncţie a relaţiilor interumane dintre membrii grupului şi cel afectat, ca şi la o „confuzie“ a rolurilor sociale jucate de acesta (aşa-numitul „complex Oedip“).

O consecinţă sociologică importantă a bolilor psihice se manifestă îndeosebi în schimbarea comportamentului social al „alienatului“, în abaterea acestuia de la standardele de normalitate ale grupului. Unele grupuri reacţionează „tolerant“ la asemenea manifestări, considerîndu-le bizare, dar acceptabile, altele, dimpotrivă, reacţionează „intolerant“, supunîndu-le competenţei specialistului. Variabilele sociale şi culturale au astfel un rol extrem de important atît în etiologia şi tratamentul medical al acestor boli, cît şi în profilaxia şi controlul lor social. Factorul social exercită o influenţă considerabilă asupra diferitelor forme de manifestare a tulburărilor psihice, chiar dacă acestea au o componentă organică.

De exemplu, în cazul schizofreniei, se admit ipoteze etiologice, care se circumscriu atît în determinismul biologic, cît şi în cel social. Cuprinzînd diferite tulburări ale atenţiei şi percepţiei, ale diferitelor procese cognitive intelectuale, afective, în relaţiile lor cu realitatea în schizofrenie există manifestări externe, care reduc în cel mai înalt grad capacitatea de integrare socială a subiectului. Epidemiologia schizofreniei conţine însă dificultăţi metodologice şi conceptuale, care fac ca studiul incidenţei ei sociale să se afle într-o fază destul de puţin avansată. Totuşi, studii efectuate au demonstrat legătura schizofreniei cu factori ca profesia, nivelul de instrucţie, clasa socială, starea social-economică, ca şi alte elemente cu importanţă etiologică. Hollingshead şi Redlich (83) au utilizat un indice sintetic care grupa trei variabile : ocupaţie, educaţie şi rezidenţă, ale căror valori înregistrau frecvenţe discriminatorii, în funcţie de grupele de schizofrenici din grupuri sociale diferite. O asemenea constatare atrage după sine necesitatea unei concentrări prioritare a mijloacelor medicale asupra anumitor grupuri sociale. În capitalism, deşi deosebirile din distribuţia bolilor psihice în funcţie de clasele sociale nu au dispărut şi probabil nu vor dispărea încă un timp — sublinia D. Mechanic — „studiile viitoare vor găsi poate diferenţe mai mici între diferitele straturi sociale decît în trecut, ca urmare a faptului că lucrătorii din domeniul sănătăţii psihice vor deveni mai conştienţi despre aceste tipare sociale, care duc la îngrămădirea în spitale, mai ales a claselor de jos“ (43).

În afara măsurilor de control social luate în sistemul social integral, o influenţă importantă asupra vieţii sociale a bolnavilor şi chiar asupra mijloacelor lor de reabilitare o exercită familia. Dacă boala psihică „aduce un stigmat care atinge nu numai pe bolnav, dar şi pe ceilalţi membri ai familiei, provocînd dificultăţi în integrarea socială a acestora“ (6), familia poate restabili cursul normal al vieţii bolnavului,



Scanned with OKEN Scanner

atît prin atitudinea sa îngăduitoare, cît şi prin mijloacele psihoterapeutice „afective" pe care le are la dispoziţie. Dacă însă bolnavul este incapabil să satisfacă chiar cerinţele modificate ale rolului său anterior în familie, „presiunile de a-l reinterna în spital sînt mai mari, mai ales acolo unde dependenţa se manifestă mai disfuncţional pentru familie, de exemplu în unitatea conjugală" (41).

În societatea capitalistă, conflictul social, destrămarea relaţiilor interpersonale, stress-ul permanent, ca şi marginalitatea socială sînt principalele elemente, care indică situaţia dificilă, dezadaptativă a alienatului.

În aceste boli, dată fiind multitudinea de factori care intervin, mijloacele de combatere şi prevenire sînt mai puţin eficiente şi au ca scop mai ales scurtarea duratei şi micşorarea gravităţii bolilor psihice. În afară de aceasta, noţiunile de bază cuprinse în programele politicii sanitare sînt destul de vagi şi prea puţin clarificate metodologic pe plan internaţional.

După cum observa M. Jahoda, cu privire la evaluarea programelor în domeniul sănătăţii mentale, „nu există descrieri semnificative din punct de vedere psihologic şi operative din punct de vedere al cercetării, a ceea ce este considerat în mod obişnuit că ar constitui sănătatea psihică" (84).

## 7.4. METODA EPIDEMIOLOGICĂ ÎN STUDIUL SOCIOLOGIC AL MORBIDITĂŢII DIFERENŢIALE. INFLUENŢA MEDIULUI RURAL-URBAN A MOBILITĂŢII POPULAŢIEI ŞI IMPORTANŢA FACTORILOR DE RISC (ecologici, profesionali şi cei specifici „stilului" de viaţă)

În domeniul sociologiei medicinei există metode şi tehnici — mai mult sau mai puţin specializate — cu ajutorul cărora devin posibile atît recoltarea, cît şi prelucrarea şi interpretarea datelor despre un anumit fenomen socio-medical.

Boala constituie un asemenea fenomen şi abordarea ei devine posibilă cu sprijinul nemijlocit al metodologiei sociologice „tradiţionale", la care se adaugă „împrumuturi" din domeniul ştiinţelor medicale cu caracter social. Metoda epidemiologică poate găsi astfel un larg teren de aplicare în cadrul cercetărilor de sociologie a medicinei, care au ca scop studiul factorilor sociali ce intervin în etiologia bolii. Referindu-se la utilitatea ei, Manfred Pflanz o considera ca o metodă deosebit de valoroasă, „prin intermediul căreia se poate evidenţia diversitatea bolilor şi a categoriilor de bolnavi în dependenţă de variabilele socio-culturale" (14).

Din punct de vedere istoric, metoda epidemiologică şi-a lărgit treptat sfera de aplicare, lucru constatabil şi în cadrul evoluţiei diferitelor definiţii şi caracterizări care i s-au dat. De la o metodă sau chiar „ştiinţă medicală preocupată de studiul epidemiilor infecţioase" (Webster), ea a ajuns să se manifeste într-un larg domeniu ştiinţific, „care se ocupă cu relaţiile dintre diferiţi factori ce determină frecvenţa şi



Scanned with OKEN Scanner

răspîndirea unui proces infecţios, ale unei boli sau ale unei stări patologice într-o colectivitate umană" (Maxey).

Iniţial, epidemiologul angrenat în acţiunile domeniului sănătăţii publice era preocupat mai ales de legăturile intime stabilite între bolile infecţioase şi agenţii specifici ai bolii. Răspîndirea bolilor cronice, cu etiologia lor multifactorială l-a silit însă pe epidemiolog şi mai tîrziu pe sociolog să-şi reconsidere şi să-şi lărgească punctele de vedere cu privire la cauzele „specifice" ale bolii, pentru a aborda complex şi unitar totalitatea aspectelor pe care le determină. După cum sublinia Fr. Goust, în sensul modern al termenului, epidemiologia nu se mai poate cantona în studiul strict al epidemiilor, ci se ocupă de raporturile diferitelor categorii de afecţiuni cu grupele umane şi cu mediul acestora de viaţă (85). Completată cu datele demografice, cu informaţiile sociologice, ea trebuie să permită elaborarea cît mai eficace a unei strategii sanitare corespunzătoare, care să depăşească aspectul general al unor măsuri cu caracter imediat şi să se refere la o lungă perioadă de perspectivă.

Utilizînd drept cadru de referinţă statisticile demografice, dar neoprindu-se la ele, epidemiologia poate contribui hotărîtor la determinarea unor obiective specifice şi diferenţiate ale medicinei preventive. „Determinarea subpopulaţiilor afectate sau expuse, caracterizate de date ca : vîrsta, sexul, locul de rezidenţă, expunerea la risc etc., permite ca în medicina preventivă să se evite de a face orice, oricînd şi oricui", scria J. J. Gillon (86).

Ca urmare, este necesar ca studiul epidemiologic să fie completat cu abordarea bolilor în perspectiva sociologică, pentru a studia atît factorii sociali responsabili de distribuţia bolilor într-o populaţie, cît şi măsurile posibile pentru a-i controla, dirija şi chiar corecta, dacă este cu putinţă. Medicina modernă — arată Gh. Marinescu — nu aspiră numai la îngrijirea individului izolat de societate ; ea urmăreşte un ţel mai înalt, adică prezervarea societăţii de diferite boli.

O noţiune extrem de utilă în acest domeniu este „morbiditatea diferenţială", care se referă la penetraţia diferită a bolilor în cadrul anumitor grupuri de populaţie şi care se clasifică în funcţie de mai multe criterii. Corelînd datele statisticii demografice cu ale epidemiologiei şi ale sociologiei medicinii, putem evalua cîteva dintre tendinţele obiective cele mai semnificative, cu privire la modul de răspîndire şi de repartizare a diferitelor boli în societate, în diversele contexte şi grupuri sociale, clasificate în funcţie de mai mulţi indicatori.

### 7.4.1. INFLUENŢA NIVELULUI DE DEZVOLTARE ECONOMICO-SOCIALĂ

Printre elementele care condiţionează în general distribuţia bolilor în cadrul unei populaţii se numără, în primul rînd, totalitatea componentelor de natură economică, socială şi spirituală, care definesc împreună tipul global de societate în care trăieşte această populaţie.

Din acest punct de vedere, există o anumită clasificare a tipurilor de societăţi, făcută de sociologi şi care deosebeşte comunităţile tradiţionale de societăţile industriale. Criteriile care disting cele două tipuri



Scanned with OKEN Scanner

de alcătuiri sociale, istorice, în termenii sociologului german F. Tönnies, *Gemeinschaft* (comunitate) şi *Gesellschaft* (societate), par să aibă aceeaşi valabilitate în cazul diferenţierii structurii morbidităţii pentru fiecare dintre ele (vezi tabelul IV).

*Tabelul IV*

**Criterii care diferenţiază comunitatea tradiţională (arhaică) de societatea industrială**

| Comunitatea tradiţională | Societatea industrială |
|---|---|
| Mediu „dat" (natural) | Mediu „creat" (artificial) |
| Relaţii naturale, spontane (mai puţin conştiente) | Relaţii artificiale, voluntare (conştiente) |
| Relaţii de „solidaritate mecanică" (afective, cutumiare) | Relaţii de „solidaritate organică" (contractuale, juridice) |
| Agricultură | Industrie (economie) |
| Societăţi comunitare (grupuri primare, informale) | Societăţi de masă (grupuri secundare, formale) |
| Ierarhie militară şi religioasă | Ierarhie profesională |
| Slabă diviziune a muncii | Diviziune a muncii extinsă |
| Solidaritate psihică (predomină interesul grupului) | Solidaritate organică (predomină interesul individului) |
| Mentalitate dominantă de participare | Slabă participare (manipulare) |
| Forma de gîndire: credinţa | Forma de gîndire: doctrina |
| Control social: religia | Control social: opinia publică |
| Stabilitate socială (spaţiu mic de mobilitate socială) | Schimbare socială (mobilitate socială extinsă) |
| Securitate (forme de „devianţă" slabe) | Insecuritate (permanentă tendinţă de „evaziune" şi „devianţă") |

Prelucrare după HENRI JANNE (34)

Dincolo de caracterul relativ şi „ideal" al diferenţierii dintre cele două tipuri globale de societăţi istorice există unele corespondenţe cu realitatea, mai ales dacă avem în vedere situaţia contemporană şi criteriul de clasificare a ţărilor în funcţie de nivelul lor de dezvoltare şi organizare socială.

Statisticile semnalează astfel, o anumită repartiţie a bolilor, care diferenţiază societăţile industriale de cele „tradiţionale".

Se consideră astfel că, deşi societăţile industriale dezvoltate economic au înregistrat unele progrese în domeniul igienei publice, a politicii sanitare de prevenire a bolilor, odată cu ameliorarea condiţiilor sociale de viaţă, totuşi ele se confruntă în prezent cu probleme medicale nemaiîntîlnite în trecut. Bolile cardiovasculare, cancerul, bolile profesionale, bolile psihice, consecinţele poluării, accidentele de circulaţie, alcoolismul, tabagismul, efectele nocive ale utilizării drogurilor şi ale abuzului de medicamente sînt tot atîtea boli cît şi probleme, care aduc în centrul atenţiei necesitatea unei corelaţii directe între măsurile sociale şi cele de resortul sănătăţii publice.

Aceste fenomene se manifestă mult mai izolat în ţările în curs de dezvoltare, care au de luptat mai ales cu boli „tradiţionale", legate în primul rînd de problemele de nutriţie.



Scanned with OKEN Scanner

Problemele patologiei umane din toate aceste ţări trebuie analizate în funcţie de procesele demografice, care oferă criterii valabile pentru aprecierea structurii morbidităţii şi a indicelui de personalitate — în cadrul categoriilor sociale — a diferitelor tipuri de boli.

Astfel, în ţările în curs de dezvoltare, patologia şi procesele demografice se caracterizează prin natalitate şi mortalitate ridicate, schimbarea rapidă a generaţiilor, nivelul ridicat al îmbolnăvirilor şi deceselor datorate bolilor infecţioase. Starea de subnutriţie, datorată lipsei de proteine animale, influenţează în cea mai mare măsură structura morbidităţii.

Statisticile demografice indică faptul că în ţările dezvoltate din punct de vedere economic, proporţia de bătrîni este foarte mare (de exemplu, populaţia peste 60 de ani depăşeşte 15% din totalul populaţiei), în timp ce în ţările în curs de dezvoltare populaţia tînără şi foarte tînără înregistrează frecvenţele cele mai mari ; dar trebuie arătat că, în aceste ţări, mai bine de jumătate din copii nu depăşesc vîrsta de 15 ani sau chiar 5 ani.

Această situaţie demografică, corelată cu problemele economice, face ca patologia şi preocupările medicinei să se manifeste diferenţiat de la o ţară la alta. În ţările dezvoltate economic există o mare răspîndire a bolilor cronice, degenerative, datorate mai ales abuzurilor de alimentaţie, longevităţii crescute, vieţii sedentare, ca şi altor variabile caracteristice „stilului de viaţă“ specific populaţiilor din aceste ţări.

Bolile reumatice, cardiopatiile, tulburările cardiovasculare, tumorile maligne, alcătuiesc în linii generale tabloul patologic din majoritatea ţărilor dezvoltate economic.

În ţările în curs de dezvoltare, bolile cronice sînt foarte puţin răspîndite şi se manifestă în forme mult mai puţin incisive. De exemplu, în majoritatea ţărilor africane bolile coronariene sînt cvasinecunoscute, cardiopatiile sînt mai ales de natură reumatismală sau de altă origine, probabil infecţioasă (87). Morbiditatea este dominată, în mare parte, de afecţiuni datorate malnutriţiei şi infecţiilor. Mortalitatea infantilă în aceste ţări atinge proporţii între 150—400‰, în timp ce în ţările dezvoltate economic nu depăşeşte 24—30‰.

Pentru cei care ar fi înclinaţi să vadă anumite deosebiri biologice sau de rasă în tabloul patologic comparativ al diferitelor ţări şi naţiuni, este suficient să li se arate că, de pildă, hipertensiunea arterială este practic aproape necunoscută popoarelor africane. În schimb, la populaţia de culoare din statele sudice ale S.U.A. şi care provine originar din ţările Africii, această deviaţie este de circa două ori mai frecventă decît la populaţia albă. Este şi acesta unul din multiplele exemple, care evidenţiază aspectele de „agresiune“ ale mediului social, hipertensiunea arterială fiind de obicei expresia unor conflicte şi încordări nervoase generate de anumite situaţii sociale şi chiar politice. Totodată, generalizarea din ce în ce mai frecventă a factorilor patogeni (elemente chimice, radioactive, noxe, poluarea mediului etc.) în viaţa cotidiană a individului participă din ce în ce mai mult la creşterea şi dezvoltarea contradicţiei dintre proprietăţile biologice şi factorii reali ai mediului social. Sociologia medicală burgheză, evidenţiind acţiunea



Scanned with OKEN Scanner

negativă a factorilor sociali asupra sănătăţii omului, o motivează de obicei prin insuficienţa preocupărilor în domeniul sanogenezei mediului, reducînd totul la o problemă de „criză a civilizaţiei". Această teză — bazată în mare parte pe concepţiile lui O. Spengler şi A. J. Toynbee — nu ţine seama sau refuză să recunoască rolul conflictelor sociale în structurarea unui anumit profil de morbiditate a populaţiei.

În lucrarea „Mirajul sănătăţii" — referindu-se la problemele determinate de factorul social — René Dubos scria următoarele : „Însănătoşirea mediului nu este numai o problemă sanitară-tehnică, dar şi una socială şi chiar psihologică. În igienă este conţinută filozofia socială, care trebuie să aibă în vedere aspectele umane şi economice ale culturii" (50).

Învăţămîntul medical — sublinia el — nu furnizează medicilor cunoştinţele şi experienţa sociologică care să le permită înţelegerea aspectelor sociale ale patologiei umane şi ale problemelor politice cu care se confruntă astăzi individul în societatea capitalistă. René Dubos, referindu-se la natura şi conţinutul statului capitalist conchide : „Oriunde ar pleca, orice ar întreprinde, omul este peste tot întîmpinat de noi provocări şi noi ameninţări la adresa bunăstării sale. Boala este o manifestare inevitabilă a acestei lupte. Omul nu poate spera la un nou rai pe pămînt, deoarece raiul este o noţiune statică, iar viaţa un proces dinamic". Aceasta este cauza mirajului sănătăţii.

Date fiind toate aceste diferenţe de natură socială, culturală şi, în primul rînd economică, dintre ţări, se poate constata o situaţie diferenţială nu numai în ceea ce priveşte repartiţia şi distribuţia bolilor, dar şi în privinţa ponderii exercitată de acestea în totalul cazurilor de mortalitate. În lucrarea „Sănătatea în lume", J. Morichau-Beauchant — bazat pe observaţii comparative efectuate în Franţa şi Guatemala, — arăta că mortalitatea din Guatemala (comună dealtfel ţărilor în curs de dezvoltare, „indiferent de poziţia lor geografică") se datoreşte în cea mai mare parte bolilor de origine hidrică (enterită, dizenterii, febră tifoidă), ca şi celor de origine infecţioasă (rujeolă, infecţii ale nou-născutului etc.), în timp ce în Franţa (ca ţară dezvoltată) cancerul şi bolile degenerative (leziuni cardio-vasculare, ateroscleroza) exercită cea mai mare influenţă asupra mortalităţii.

În concluzie, intervenţia multiplilor factori sociali în geneza bolilor şi în procesele demografice, caracteristice ţărilor în curs de dezvoltare şi celor dezvoltate economic, permite schiţarea unei situaţii comparative, care dovedeşte în cea mai mare măsură că factorul economic este principalul agent responsabil în modelarea unei structuri „tipice" a morbidităţii şi a cauzalităţii ei complexe de la nivel „macrocomunitar" sau „macrosocial".

### 7.4.2. ROLUL MOBILITĂŢII POPULAŢIEI

Numeroase studii au arătat că mobilitatea în înţelesul ei larg (teritorială, profesională şi socială) exercită şi ea o influenţă considerabilă asupra structurii morbidităţii, influenţînd forma de răspîndire a bolilor în cadrul categoriilor de populaţie ale unei ţări sau alteia. Anu-



Scanned with OKEN Scanner

mite boli urmează frecvent cursul mobilității teritoriale, al migrațiilor înregistrate de la o țară la alta. Sifilisul, de pildă, a fost introdus în Africa de Sud de europeni, fiind generalizat apoi în cadrul altor populații africane (88).

Există o impresie clinică generală că anumite boli apar mai frecvent cînd individul are dificultăți de adaptare datorate integrării sale într-un nou mediu. Astfel, cercetări sociologice au indicat faptul că schimbarea anumitor poziții sociale este însoțită de solicitări deosebit de intense, lucru care poate explica unele variații ale răspîndirii bolilor în diferite grupuri sociale.

În Anglia acest fapt a fost urmărit în cadrul intervențiilor chirurgicale : tonsilectomia, operarea ulcerului duodenal, mai frecventă înainte, în grupurile sociale cu pregătire socială superioară, au sporit ulterior în cadrul celor cu pregătire și poziție inferioară (88). Un individ „mobil" (în sensul trecerii de la o ierarhie socială la alta) este probabil mult mai expus diferitelor solicitări sociale, deoarece în noua lui poziție ierarhică are relații și responsabilități sporite. Alteori, contradicția dintre valo-

*Tabelul V*

**Procentul de mortalitate în funcție de cauze (la 100 000 locuitori)**

| Tipuri de boli | Franța | Guatemala |
|---|---|---|
| Gastrite, duodenite, enterite și colite | 0,1 | 230,7 |
| Dizenterie (sub toate formele) | 0,1 | 40,4 |
| Febră tifoidă | 0,1 | 8,5 |
| Infecții ale nou-născutului | 54,2 | 158,8 |
| Rujeolă | 0,3 | 79,1 |
| Tumori maligne | 203,1 | 27,4 |
| Leziuni vasculare care afectează sistemul nervos central | 139,2 | 7,5 |
| Ateroscleroză coronariană și miocardită degenerativă | 84,7 | 14,6 |
| Alte boli cardio-vasculare și coronariene | 129,4 | 9,1 |
| Sinucideri și accidente din imprudență proprie | 15,5 | 2,8 |
| Omucideri, alte răni | 0,8 | 11,4 |

*Sursă*: J. M. BEAUCHANT (92)

rile și normele a două medii sociale diferite provoacă reacții și manifestări de dezadaptare, care alcătuiesc împreună ceea ce E. Durkheim numea „anomie", adică o stare în care simțul coeziunii sociale este slăbit la individ, fiind înlocuit de o poziție marginală, generatoare de tulburări de personalitate. Durkheim consideră că, în capitalism, mobilitatea socială, ascendentă și descendentă, are drept rezultat o creștere a procentului de sinucideri, urmare directă a poziției anomice a individului (89).

În S.U.A. și Anglia, cercetări cu caracter de explorare (bazate pe testarea unor ipoteze teoretice) au încercat să dovedească relația dintre mobilitatea socială și etiologia bolilor. S-a conchis astfel că schizofrenia este mai frecventă la indivizii care urmăresc ascensiunea socială,



Scanned with OKEN Scanner

iar persoanele ascendent mobile prezintă procente mai mari de tulburări psihice şi ulcer duodenal (90).

Un alt exemplu, oferit de cifrele recensămintelor înregistrate la Aberdeen, indică un anumit proces de selecţie şi de mişcare între clase, care contribuie în mare parte la modul în care diferitele grupuri sociale înregistrează frecvenţe diferite în procentele lor de mortalitate.

Aceste cîteva date, chiar dacă apar incomplete şi cu un grad mic de generalizare, arată totuşi faptul că, în epidemiologie, factorul mobilităţii populaţiei exercită o influenţă la fel de importantă ca şi alte variabile sociale.

Din păcate — şi asta trebuie spus din capul locului — majoritatea studiilor epidemiologice din ţările occidentale care se ocupă cu corelaţia dintre mobilitate şi morbiditate, au mai mult un caracter „ideologic" decît „ştiinţific", substituind situaţiei reale din ţările capitaliste, imaginea unui „paradis", care oferă individului capacităţi depline de afirmare şi promovare socială de la o clasă la alta.

În realitate, diferenţele înregistrate în structura morbidităţii specifică claselor „superioare" şi celor „inferioare" (leit-motivul ideologic este omniprezent) se datoresc condiţiilor sociale diferite ale mediului lor de viaţă şi convieţuire, poziţiei lor complet opusă mijloacelor de producţie, cu toate consecinţele care decurg de aici.

Dacă nu se poate nega faptul că grupurilor şi categoriilor sociale de populaţie cu poziţie socială „inferioară" le este caracteristic un alt tablou patologic decît celor cu statut social „superior", trebuie spus că acest fapt se datoreşte inegalităţii sociale în faţa bolii şi morţii, şanselor diferite de supravieţuire în raport cu factorii de risc la care acestea sînt expuse. Acest lucru, constatat atît în cazul recrudescenţei marcate a bolilor printre clasele sociale cu poziţie „joasă", cît şi în posibilitatea mult mai mică a acestora de a utiliza mijloacele şi serviciile medicale, constituie o realitate care cere nu numai să fie analizată, ci, în primul rînd, combătută. Măsurile sociale apar mult mai pertinente în acest context decît ansamblul măsurilor sanitare ale sistemului de sănătate publică în capitalism.

În ceea ce priveşte utilitatea factorului de mobilitate socială a populaţiei pentru cercetările de epidemiologie, acesta trebuie urmărit în corelaţie directă cu condiţiile sociale proprii categoriei sau clasei, concentrînd toate eforturile în direcţia optimizării şi uniformizării „modului de viaţă" la nivel global, macrosocial.

În cazul mobilităţii geografice (teritoriale) atît la nivel internaţional, cît şi intern, trebuie avute în vedere consecinţele de ordin patogen, pe care aceasta le poate genera în rîndul populaţiei autohtone şi a celor imigrate (venite), prin transferul reciproc care poate să aibă loc în cadrul morbidităţii fiecăreia dintre ele. Migraţiile teritoriale constituie şi ele din acest punct de vedere un factor important, care explică repartiţia bolilor în cadrul populaţiei, mai ales cînd între structura morbidităţii grupelor autohtone şi a celor migrante există diferenţe esenţiale. Ruperea echilibrului demografic, dislocarea structurilor cu influenţă patologică, sanogenetică, „demotropă" sau „somatotropă" (91), contribuie deosebit de puternic la aceasta. Pe de altă parte, deşi se crede că, în general bolile psihice sînt mai rare la sate decît în oraşe, se pare că există tot atîtea



Scanned with OKEN Scanner

boli psihice atît în țările slab industrializate, cît și în cele intens industrializate. Referindu-se la transferul masiv al unei mari părți din populația țărilor în curs de dezvoltare, ca forță de muncă în țările dezvoltate economic, mai mulți autori semnalează consecințele de natură patologică pe care această strămutare în masă le poate exercita asupra morbidității ambelor grupe de populație.

Dacă ne gîndim că grupele de imigranți care vin să caute un loc de muncă în țările occidentale sînt mult mai puțin supuse controlului social și măsurilor de prevenție sanitară, fiind însă mult mai mult supuse factorilor de risc (profesional și social), putem considera că relația cauzală între mobilitate și morbiditate este reală și atrage după sine disfuncții la nivel național. Abordînd semnificațiile acestei relații, în anul 1973, Biroul regional european al O.M.S. a organizat o ședință de lucru dedicată elaborării unor măsuri de protejare și promovare a sănătății muncitorilor migranți, ajungînd la următoarele concluzii :

— problemele sănătății muncitorilor migranți și a familiilor lor au drept cauză principală probleme sociale care impun guvernelor obligația de a lua măsuri în scopul rezolvării lor și a asigurării unei condiții de bunăstare socială, optimă ;

— confruntate cu aceste probleme sociale defavorabile, grupele de migranți formează o categorie vulnerabilă, expusă unei patologii de „achiziție", în care figurează : tuberculoza (contractată mai ales după instalarea în noul mediu), tulburările psihice (datorate mai ales problemelor de adaptare la noul mediu) și, într-un anumit grad, bolile venerice ;

— în scopul asigurării unor condiții sociale favorabile, sînt necesare, printre altele : îmbunătățirea condițiilor de muncă, de locuit, a serviciilor de asistență medicală, ca și organizarea unui sistem de educație sanitară, care să ofere informații de maximă actualitate ;

— este necesară inițierea sistematică a unor studii și cercetări pe scară națională pentru a cunoaște situația muncitorilor migranți : anchete asupra morbidității generale și profesionale, studii asupra etiologiei și prevenției tulburărilor psihice, cercetări asupra efectelor migrației în legătură cu influențele lor asupra vieții individului și a familiei etc.

Complexitatea acestor măsuri arată caracterul deosebit de important și actual al relației dintre morbiditate și mobilitate, în condițiile procesului de migrație internațională, orientat de obicei către țările dezvoltate economic.

Totodată trebuie să se țină seama de faptul că schimburile (de orice natură) dintre țările dezvoltate și cele în curs de dezvoltare contribuie la structurarea unui tablou de morbiditate oscilant și mobil, uniformizînd într-o oarecare măsură caracterul etiologiei sociale a bolilor și chiar modul acestora de manifestare ca entități clinice din ce în ce mai asemănătoare. Apreciind acest caracter uniformizant, J. Morchau-Beauchant sublinia : „Civilizația industrială, atît de dorită ca unic remediu al dificultăților care există în țările subdezvoltate, va antrena după sine necazuri, care există în prezent în țările cele mai evoluate economic" (92). Astfel suprapopulația, condițiile nefavorabile ale habitatului, înmulțirea „bidonvilles"-urilor (locuințe mizere construite din deșeuri), reducerea spațiilor verzi, înmulțirea arterelor aglomerate de traficul urban, creș-



Scanned with OKEN Scanner

terea numărului accidentelor de circulație, poluarea apei, a aerului, zgomotul etc. vor antrena un cortegiu de îmbolnăviri cu toate consecințele lor nefaste. Sînt necesare eforturi susținute pentru ameliorarea tabloului morbiditate în cadrul noii civilizații industriale.

### 7.4.3. CONDIȚIONĂRILE MEDIULUI RURAL ȘI URBAN

Un element care se dovedește și el important în structurarea morbidității diferențiale a populației îl constituie spațiul geografic de viață, mediul de proveniență, cu multiplele lui componente de natură socială, economică și spirituală, mai precis satul și orașul, ca tipuri distincte de comunități sociale.

Numeroase studii sociologice au arătat diferențele existente între structurile mediului rural și ale celui urban, evaluînd variațiile înregistrate în starea lor economică, în modul de desfășurare a vieții și activităților familiale, profesionale, sociale, pe baza cărora au putut fi inserate generalizări cu caracter global.

Ceea ce apare comun multora dintre ele, este faptul că păstrează, în general, diferențierea făcută de Tönnies între „comunitate" și „societate", ale căror caractere sînt date de complexitatea raporturilor stabilite în interiorul structurilor lor sociale la nivel micro- și macrogrupal. Uneori însă — în pofida utilității procedeului tipologic — se ignoră faptul că în lumea contemporană „urbanismul" (Louis Wirth) devine un mod de viață din ce în ce mai generalizat și mai comun, care contrabalansează influențele exercitate de elementele „originale", „pure", „nealterabile", tradiționale, ale celor două medii de conviețuire socială.

Dincolo de această subliniere există numeroase puncte de referință care justifică raportarea morbidității la componentele mediului urban și celui rural, la condițiile de viață și de muncă ale populației care trăiește în oraș și sat.

În general, în cercetarea stării de sănătate a populației rurale sau urbane, epidemiologul trebuie să țină seama nu numai de influența strictă a spațiului geografic, dar și de alte variabile, cu conținut social mai larg. Bazîndu-se pe o asemenea idee, Irvin Sanders arăta că orice comunitate (rurală sau urbană) trebuie considerată din trei puncte de vedere, fiecare din ele avînd un raport specific cu sănătatea : „în primul rînd ca mediu *(environment)*, în al doilea rînd ca grupare umană, și, în sfîrșit, ca sistem social" (93). După ce am considerat comunitatea în general — sublinia același autor — trebuie acordată o atenție deosebită sănătății, ca sistem principal al comunității, raportînd-o la caracterul specific al altor instituții locale complexe. Nu numai elementele geografice „date" influențează starea de morbiditate, ci și elementele mediului social, relațiile și instituțiile sociale, modurile de viață economică, profesională, culturală, valorile și normele culturale care circulă în cele două medii. Paul Caravia oferă o schemă cuprinzătoare a elementelor ekistice, definitorii pentru orice așezare umană (ekistica = știința așezărilor umane), care, așa cum a fost concepută de C. A. Doxiadis „subdivide întregul domeniu al așezării în elemente structurale, cum sînt cele de conținut — omul, societatea — și cele legate de adăpost — ca natura, construcția și rețelele funcționale" (94).



Scanned with OKEN Scanner

Această schemă cuprinzătoare are meritul de a evidenția în mod coerent și global totalitatea factorilor răspunzători de structura oricărui tip de așezare umană și care influențează starea de sănătate a locuitorilor ei.

Abordînd în felul acesta structura celor două medii, rural și urban, pot fi evaluate caracterele generale ale morbidității lor „tipice", ca și diferențele dintre ele.

*Tabelul VI*

**Elemente ekistice**

| | |
|---|---|
| I. *Natura*<br>1. Resurse geologice<br>2. Resurse topografice (forme, peisaje)<br>3. Resurse privind solul<br>4. Resurse de apă<br>5. Viața plantelor (agricultură)<br>6. Viața animalelor<br>7. Recrearea și protecția naturii | *III. Societatea*<br>1. Compoziția și densitatea populației<br>2. Stratificarea socială (relații sociale)<br>3. Viața culturală (tradiții)<br>4. Dezvoltatea economică<br>5. Dezvoltarea industrială<br>6. Învățămînt, sănătate (prosperitate) |
| | IV. *Structuri* (clădiri, adăposturi)<br>1. Locuințe<br>2. Servicii de folos obștesc (școli, spitale etc.)<br>3. Centre comerciale, piețe<br>4. Spații pentru agrement (teatre, muzee, stadioane etc.)<br>5. Echipamente industriale<br>6. Centre legate de transport |
| II. *Omul*<br>1. Necesități biologice (spații, aer etc.)<br>2. Senzații și percepții (cele cinci simțuri)<br>3. Necesități emoționale (relații umane, siguranță, frumusețe)<br>4. Valori morale | V. *Rețele* (sisteme)<br>1. Instalații de utilitate publică (apă, energie, canalizări)<br>2. Sisteme de transport (de apă, rutier, feroviar, aerian)<br>3. Sisteme de telecomunicații (telefon, radio, TV etc.)<br>4. Schema fizică (metode de folosire a terenului) |

*Sursă*: PAUL CARAVIA (94)

Atît orașul, cît și satul, reprezintă tipuri de așezare umană, în care fiecare individ își înscrie pentru o durată mai mică sau mai mare de timp istoria lui particulară, legată de modul său de viață imediat, cadrul care unifică dimensiunile individuale și sociale ale existenței sale. Tipul de așezare, considera A. Vincent, este pentru medic locul în care acesta abordează persoana „în situația umană totală" (85).

Ca urmare, multe din acțiunile medico-sanitare cu caracter global de la nivelul satului și orașului constituie forme originale de cercetare științifică elaborată.



Scanned with OKEN Scanner

Numeroși autori menționează în această direcție :

— cercetările epidemiologice cu caracter preventiv ;

— studiile de morbiditate și cele care urmăresc incidențele sociale ale bolilor, în cadrul unor categorii specifice de populație ;

— studiile ecologice de cercetare a raporturilor care se stabilesc între elementele definitorii pentru spațiul rural și urban și procesele de morbiditate ;

— investigațiile interdisciplinare, complexe, care urmăresc evaluarea influenței fenomenelor de industrializare, urbanizare, transfer urban (migrații teritoriale de la sat la oraș) asupra structurii morbidității celor două medii ;

— studiile social-economice asupra consumului medical, costul sănătății și raporturile acestora cu diferitele tipuri de activitate medico-sanitară.

Majoritatea studiilor și cercetărilor de epidemiologie, de ecologie și de sociologie a medicinei sînt orientate astăzi către surprinderea și evaluarea factorilor de influență care, acționînd în oraș, condiționează forme specifice de morbiditate a populației, pătrunzînd în cadrul unor grupe mari de oameni. Probleme cum ar fi alienarea și insecuritatea vieții în oraș, relația dintre riscurile sănătății și dezvoltarea urbană, problemele proceselor migratorii intra- și interurbane, evaluarea din punct de vedere sanitar a infrastructurii urbane (transporturi, căi de comunicație, spații de viață și de locuit), raporturile dintre instituțiile medicale și celelalte instituții și organizații sociale, sînt numai cîteva din temele cu care se confruntă în prezent investigațiile interdisciplinare din domeniul medicinei preventive.

În scopul combaterii efectelor negative generate de urbanismul modern asupra stării de sănătate a populației, împletirea măsurilor cu caracter nemijlocit sanitar (orientare către sanogeneza mediului), ca și a celor sociale, de mai largă anvergură (în scopul umanizării vieții urbane) constituie un deziderat de cea mai mare însemnătate actuală.

Așa cum considera Fr. Goust, anumite profesiuni, printre care cele medico-sanitare, sînt chemate să joace un rol important în umanizarea orașelor, în evitarea factorilor stressanți ai mediului creat de om. Complexul sanitar urban are ca sarcină principală stabilirea și aplicarea unor forme eficiente de prevenție și terapeutică colectivă : lupta contra efectelor nocive rezultate din generalizarea activităților industriale în spațiul urban, combaterea influenței diferiților factori de risc profesional și social, prevenirea populației împotriva acestora.

Pe lîngă aceste efecte, o influență considerabilă asupra structurii morbidității populației este exercitată de procesul actual de universalizare a modului de viață urban. Dacă extinderea orașului este în prezent sinonimă cu urbanizarea, întinderea ariilor urbane și a teritoriilor circumscrise de sfera de influență a orașului se traduce prin înmulțirea și diversificarea punctelor de concentrare urbană, dezechilibrînd raportul tradițional dintre sat și oraș, mai ales prin relația de neechivalență dintre industrie și agricultură. Indicele de urbanizare înregistrează frecvențe crescînde, concentrînd din ce în ce mai mult spațiile de urbanizare, sporite de afluxul populațiilor, spre punctele de aglomerare urbană, unde coeficientele demografice ating cifre din ce în ce mai mari. Ritmul con-



Scanned with OKEN Scanner

tinuu al expansiunii urbane — consideră specialiștii — nu se va încetini pînă cînd populația urbană (care în anul 1950 reprezenta 30% din populația globului) nu va atinge în anul 2000, 62% din totalul populației. Dacă inițial, populația globului nu atingea decît 10 milioane de locuitori (în primii 600 000 de ani), lumea fiind apoi pustiită periodic de epidemii, războaie și catastrofe naturale, abia după anul 1800 ea a înregistrat o creștere spectaculară. Pentru viitor se prevăd creșteri și mai mari, astfel că în anul 2000 estimările anunță cifra de 6 miliarde. Sociologii și urbaniștii moderni atrag atenția asupra faptului că cea mai mare parte din populația mondială trăiește în orașe din ce în ce mai numeroase și mai populate, statisticile demografice înregistrînd „alături de o populație urbană în creștere masivă, o anumită creștere numerică a populației neagricole" (95). Sporul natural al populațiilor urbane, frecvența sporită a exodului rural, deplasările masive ale populației rurale spre orașe, ca și tendințele de urbanizare „subterană", extensivă, amplifică caracteristicile de universalizare a modului de viață urbană, generînd, cel puțin într-o formă potențială, procesul de apropiere a satului de oraș, printr-o unificare progresivă a atributelor lor tradiționale. Modelată potrivit exigențelor și stilurilor specifice modului de viață urban, se naște un nou tip de personalitate de bază, a citadinului, subiect și agent activ al noilor structuri de urbanizare, a căror existență furnizează membrilor spațiului urbanizat accepții și valori din ce în ce mai comune.

Dezbătînd problema „agresiunilor" provocate citadinului în mediul urban, revista „Santé du monde" publica în anii trecuți un articol, în care evidenția că „a devenit ceva banal să fie acuzate orașele noi și, în special, embrionul acestora, marile ansambluri de locuințe, de a fi cauza tulburărilor psihice ale locuitorilor, tulburări care îi duc uneori pe aceștia pînă la sinucidere". Toți specialiștii O.M.S. sînt însă de acord asupra faptului că nu există boli psihice specifice marilor centre populate. Se pare că nu urbanizarea este factorul etiologic, ci migrația de la sat la oraș, care „dislocă familia, separă fiica de mamă, bunicii de nepoți și izolează individul într-un mediu nou, care i se pare ostil. Trecerea de la un stil de viață la altul este o cauză a tulburărilor psihice".

Față de toate aceste fenomene generate de acțiunea modelelor integrative urbane, societatea rurală tinde la o stare, în care adaptarea comportamentelor și structurilor ei devine pentru o lungă perioadă o premisă a soluționării contradicțiilor ei. Noțiunile de comportament „adaptiv", „patologie de tranziție" etc. sintetizează influențele exercitate de modul de viață urban, prin apariția unei patologii specifice. Manifestările acesteia în lumea satului și orașului sînt diferite și acest lucru impune de la început o distincție metodologică fundamentală pentru studiile de epidemiologie, ecologie și sociologie a medicinei, efectuate în cele două medii de viață și de convietuire socială.

Chiar dacă semnalele de alarmă ale unor autori ca E. Gutkind — care în „Crepusculul orașelor" considera că brutalitatea și violența „cataclismică" a fenomenului de urbanizare generează o explozie mai puternică decît cea „atomică" (96) — sînt exagerate, ele au totuși meritul de a evidenția pericolele actuale ale universalizării mediului de viață urban asupra individului, asupra condiției lui de bunăstare fizică, psihică și socială în spațiul „dezumanizant" al orașului. Măsurile de control social



Scanned with OKEN Scanner

și medical elaborate în scopul combaterii factorilor „violenți" și „agresivi" ai urbanizării impun acțiunea concentrată a tuturor organismelor sociale pentru a-l ajuta pe om să-și „reapropie" mediul devenit ostil lui, să depășească „înstrăinarea" și „insecuritatea" sa în spațiul de viață al orașului.

În acest scop medicul, cu atitudinea sa profund umanizantă în viața orașelor, este chemat să joace un rol de prim ordin.

### 7.4.4. IMPORTANȚA FACTORILOR DE „RISC" ȘI A CELOR CARE ALCĂTUIESC „STILUL DE VIAȚĂ" AL POPULAȚIEI

Complexitatea raporturilor care se stabilesc între anumite categorii de boli și factorii de natură socială, constituie un subiect deosebit de amplu, care nu poate fi tratat exhaustiv în cadrul cercetării numai cîtorva indicatori. De aceea, numeroși autori sintetizează global acțiunea variabilelor sociale ale bolii, care însumează toate componentele socio-patologice sub denumirea generală de „mod" sau „stil" de viață. Aceste concepte, în afară de faptul că evidențiază o stare comună mai multor indivizi sau mai multor grupuri sociale de populație, leagă acțiunea unor factori de ordin socio-patogen cu acțiunea altor factori, dovedind efectele lor generale, dar și diferențiate, asupra diferitelor unități și medii sociale de conviețuire.

Un aspect sociologic important, care centrează atenția asupra influențelor exercitate de „modul de viață" asupra bolii, constă în asocierea frecventă a anumitor categorii de afecțiuni cu grupe caracteristice de populație. De exemplu, se consideră în general că recrudescența marcată a ulcerului duodenal printre femei în raport cu cazurile înregistrate la bărbați, în ultimii ani, se datorește modificărilor structurilor ocupaționale ale acestora, expunerii femeilor la mai mulți factori de risc decît în trecut. Așa cum arăta E. Volkart, „nu există dovezi că mecanismele fiziologice la bărbați și la femei s-au schimbat substanțial în această perioadă, dar au intervenit schimburi largi atît în rolurile bărbaților și femeilor, cît și în structura familiei" (42). Aceste schimbări, cu consecințe importante asupra modului de viață a celor două categorii demografice, exercită o influență considerabilă asupra structurii și chiar asupra mortalității lor. Cercetările au arătat că mortalitatea femeilor este mai mică decît cea a bărbaților, spre deosebire de morbiditate, care este net mai mare decît cea a bărbaților (31). Totuși, dacă facem abstracție de diferitele afecțiuni ale organelor genitale, de patologia obstetricală, se constată că numărul mediu al cazurilor de boală este inferior la femei, în raport cu cel al bărbaților.

Un studiu efectuat de Ministerul Sănătății din Franța pe un eșantion de 400 000 de cazuri, a arătat că numărul de îngrijiri medicale ale femeilor este inferior celui al bărbaților pînă la 15 ani, crește între 14 și 45 de ani (datorită mai ales, afecțiunilor obstetricale), apoi coboară odată cu vîrsta. Modul de viață constituie un complex factorial decisiv. Cum considera Fr. Steudler, „cea mai mare parte din consumul medical feminin ține de o morbiditate specifică și de factori fiziologici, dar trebuie să ne întrebăm care este rolul factorilor psihologici și sociali (statutul femeii în societatea noastră, tipul de muncă și de activitate, rolul



Scanned with OKEN Scanner

familiei, modelele de comportament, atitudinea față de boală în funcție de gravitatea acesteia etc.)" (31), deci totalitatea factorilor care alcătuiesc împreună „stilul de viață" al populației feminine în societatea contemporană.

În legătură cu influența „modului de viață" care diferențiază categoriile social-profesionale de populație, statisticile indică o inegalitate la fel de mare în fața morbidității și morții.

Dacă anumite categorii de boli afectează toate categoriile social-profesionale : tumori maligne, leziuni cardiovasculare, coronarite și afecțiuni cardiace diverse, se constată o recrudescență marcată a bolilor „profesionale", a afecțiunilor și accidentelor de muncă, acolo unde munca fizică constituie încă un element predominant. Expunerea largă la factorii de risc profesionali sporește caracterul diferențial al morbidității în cadrul diferitelor grupe social-profesionale, la care se asociază mai multe variabile, ca nivelul cultural, tipul de atitudine și modurile de reacție față de boală, informațiile cu caracter sanitar etc.

Chiar dacă nu există dovezi absolut sigure despre caracterul „liniar", univoc al relației cauzale dintre mediul profesional și o anumită categorie de boli și afecțiuni, majoritatea autorilor semnalează importanța „modului de viață" social, asociat modului de viață „profesional".

Pentru afecțiunile cardiace, coronariene, de exemplu, s-au remarcat influențe variabile, datorate fie specificului activității profesionale (L. Breslow și Sheps), fie modului de alimentație, mai ales al celei cu conținut mare de grăsimi (J. N. Morris), fie stress-ului emoțional (Gertler și Yater). Chiar dacă în unele cazuri nu se pot stabili relații directe, liniare, între aceste boli și factorii sociali, nu există nici o îndoială că „stilul de viață" sporește în cea mai mare măsură elementele de risc.

În unele studii și cercetări de etiologie socială cu caracter global s-a încercat următoarea clasificare a factorilor de risc „diferențial", în raport direct cu „modul de viață" al populației (97).

a) *Factorii asociați caracteristicilor personale ale individului* (sexul, vîrsta, profesia), care se pot cunoaște consultînd statisticile serviciilor medicale. Factorii etiologici se repartizează aici în două categorii principale : cei care definesc modurile de comportament susceptibile să genereze un risc crescut (de ex. excesele tabagice, alimentare, sexuale etc.) și cei care indică expunerea la agenți nocivi (profesiunea, locul de rezidență etc.). Tot aici acționează numeroși factori de risc cu caractere măsurabile, ale căror valori extreme determină o stare morbidă. Un exemplu citat frecvent este tensiunea arterială, care se poate manifesta în funcție de numeroase variabile măsurabile (greutatea, concentrarea elementelor biochimice, funcția respiratorie, mișcările articulare, acuitatea vizuală, debitul cardiac etc.). Aceste variabile depind în cea mai mare măsură de „stilul de viață" personal al individului, de expunerea lui la „riscuri" diferențiate, în raport cu caracteristicile sale personale.

b) *Factorii asociați caracteristicilor mediului.* Se disting în general trei aspecte generale ale mediului, care pot să aibă o incidență asupra factorilor de risc : elementele necesare vieții, care pot fi deficiente sau poluate (aerul, apa și alimentele în special), mediul fizic în general, care se asociază mai mult sau mai puțin frecvent cu morbiditatea și ceilalți agenți „ostili" ai mediului. Cercetările epidemiologice au dovedit rolul



Scanned with OKEN Scanner

poluării atmosferice, al poluării aerului cu substanțe cancerigene, organice și anorganice, în generarea unui tablou patologic specific. De asemenea, prezența microorganismelor patogene sau semipatogene în alimentație, reziduurile de pesticide utilizate în agricultură, prezența substanțelor nocive, determină și ele un risc extrem de ridicat la care se expun grupele de populație. În mai multe țări, studiile au evidențiat marea disparitate între practicile de alimentație colectivă, familială sau individuală și exigențele nutritive. La baza multor afecțiuni ca obezitatea, ateroscleroza, bolile gastro-intestinale stă în primul rînd o stare de nutriție necorespunzătoare.

Riscurile pentru sănătate variază astfel în funcție de multiplele variabile ale mediului. Condițiile de locuit, insuficiența infrastructurii sanitare (canalizări, rețele de igienă publică), inadaptarea la agenții urbani sînt numai cîțiva dintre acești factori cu rol deosebit de penetrant în alterarea stării de sănătate a populației. Problemele igienei mediului se numără astăzi printre problemele prioritare pe agenda de lucru a O.M.S., în ale cărei anchete s-a evidențiat de nenumărate ori faptul că insuficiența lucrărilor de distribuire a apei și a celor de evacuare a produselor excretorii, insalubritatea habitatului, poluarea apei și a aerului de către agenții chimici, fenomenele de degradare și de rupere a echilibrului sînt efecte dintre cele mai dăunătoare asupra organismului uman.

Numeroși cercetători care dezbat în prezent „vitorul medicinei" consideră pămîntul cu uscatul, cu mările și cu atmosfera, ca un ansamblu în care materia și energia sînt transferate dintr-o parte în alta a sistemului, cu diverse viteze și care se echilibrează la nesfîrșit.

Sînt suficiente variații infime la oricare din aceste raporturi, pentru a face imposibilă viața așa cum o cunoaștem în prezent. Dacă, de exemplu, cantitatea de oxigen ar scădea, viața ar deveni imposibilă, făcînd excepție doar rarele organisme specializate, cum ar fi bacteriile anaerobe. Dar, este de asemenea suficient ca proporția de oxigen să crească cu numai 5%, pentru ca riscurile unui incendiu să ajungă pînă la punctul în care plantațiile și pădurile să se afle permanent în flăcări. Dacă lumii nu-i lipsește oxigenul, faptul se datorează plantelor, care, contrar animalelor, inspiră bioxidul de carbon din care ele reține atomii de carbon și elimină atomii de oxigen.

Către anul 2000, dacă traficul terestru și aerian va fi triplat sau împătrit, iar despăduririle vor fi tot atît de intensive, limitele de securitate pentru oxigen vor deveni foarte restrînse.

Ca urmare, lipsa de oxigen și creșterea poluării aerului vor determina un procent sporit de îmbolnăviri, fapt evidențiat de cifrele maxime de mortalitate înregistrate în valea Meusei, în Belgia (1930), La Posa Rica, în Mexic (1950), la Londra (1952), unde infectarea atmosferei de către sursele de poluare industriale a fost extrem de pronunțată. Se pare că poluarea aerului reduce cu 30% radiația solară și are drept efect obișnuit bronșita cronică. Reziduurile industriale și „smog"-ul marilor orașe industriale sînt și ele cancerigene, după cum indică analizele specialiștilor.

Totodată, se analizează și celălalt element al atmosferei, azotul, care este la fel de important pentru om.



Scanned with OKEN Scanner

Lipsa azotului este foarte importantă, deoarece o mare parte din corp este formată din molecule care conțin azot : proteinele, enzimele, hormonii, vitaminele, acizii nucleici care controlează și dezvoltarea.

Problema calității apei are aceeași importanță, întrucît studiile indică faptul că în prezent, peste 200 de milioane de oameni sînt lipsiți de apă potabilă, iar în 20 de ani numărul se va dubla. Rapoartele O.N.U. arată că există o legătură strînsă între morbiditate și lipsa apei, ca și între epidemii și contaminarea surselor de apă. De exemplu, la tropice, de peste un deceniu, într-un mare centru urban, persistă un focar de holeră endemică. În țările în curs de dezvoltare, doar o treime din cetățeni dispun de surse de apă în locuințe, o treime au acces la fîntîni publice, iar restul trebuie să se mulțumească cu surse de apă cu totul neigienice.

Problema principală constă astăzi în a cunoaște dacă tehnologia va putea găsi soluții în aceeași măsură în care știe să creeze probleme. Cum omul nu are prea multe noțiuni despre rețeaua subtilă a interacțiunilor din mediul înconjurător, eforturile sale pentru a întîrzia criza pot, dimpotrivă, să ajungă să o grăbească.

Printr-un efort tehnologic omul va trebui să reușească să elimine de pe sol elementele toxice, va trebui să curețe suficient atmosfera pentru a o face respirabilă și, de asemenea, va trebui să purifice apa.

„Spiritele raționale nu au voie să creeze condiții în care hrana și apa lor să fie în mod constant poluate, ca și mediul înconjurător alterat pentru văz, auz, miros, cu atît mai mult cu cît ele au urmărit permanent progresul“ (70).

Omenirea are nevoie, în continuare, de un ansamblu de măsuri sociale și social-culturale, ca să poată obține un tablou corect al dezvoltării și al stării sanitare, precum și să profite la timp și într-o direcție corespunzătoare de cunoștințele medicale.

c) *Factorii de risc profesional.* Noțiunea de „boală profesională“ leagă un grup specific de stări patologice, de agenți etiologici asociați frecvent caracteristicilor vieții profesionale. Boli ca tuberculoza, emfizemul sau artroza sînt considerate ca afecțiuni legate de condiții profesionale atît pentru epoca preindustrială, cît și pentru cea industrială. Predominanța stărilor morbide sau premorbide în cadrul unor categorii profesionale anumite indică riscurile mari ale mediului profesional, manifestate prin noxe, surse de zgomot, de poluare, condiții „stressante“ etc.

Zgomotul, de exemplu, în afară de forma lui de manifestare în mediile profesionale, constituie o sursă de poluare urbană, fiind un factor activ de generare a tulburărilor psihice, atrăgînd după sine nevroze, somn necorespunzător, iritabilitate, tensiune etc. În anumite condiții de activitate profesională, expunerea individului la o intensitate sonoră de peste 110 decibeli duce la pierderea auzului și, totodată, la tulburări cardiovasculare pronunțate.

Ansamblul acestor trei factori evidențiază complexul de raporturi stabilite între factorii de risc și „modul de viață“ al populației, rolul lor în structurarea morbidității „diferențiale“ a populației.

Venind în întîmpinarea necesității de clarificare, din punctul de vedere metodologic, al acțiunilor diferențiate ale factorilor de risc asupra alterării stării de sănătate a populației, simpozionul organizat la



Scanned with OKEN Scanner

Windsor, în anul 1972, asupra „Riscurilor bolii și invalidității" („Identificarea persoanelor și grupelor de populație expuse unui risc crescut") și-a propus să elaboreze un plan comun de acțiune în scopul prevenirii și combaterii tuturor acestor factori. Dintre problemele analizate la acest simpozion, reținem atenția următoarele (97) :

— definirea cît mai corectă și mai precisă a criteriilor care disting factorii de risc (înțelegîndu-se prin criteriu de risc „orice caracteristică sau orice circumstanță determinabilă, legată de o persoană sau de un grup de persoane, despre care se știe că sînt expuse unui risc anormal de existență sau de evoluție a unui proces morbid, sau de expunere specifică la un asemenea proces") ;

— elaborarea unei tipologii complexe a criteriilor de risc (în funcție de caracteristicile personale, factorii de mediu, contextul profesional etc.);

— asigurarea unor măsuri corespunzătoare de intervenție eficace, prin concentrarea resurselor sanitare și medicale asupra persoanelor supuse cel mai mult factorilor de risc ;

— calculul beneficiilor obținute ca urmare a acestei intervenții deosebit de utile pentru întreruperea acțiunii celor mai frecvente surse de risc.

Ansamblul și complexitatea acestor probleme evidențiază importanța acordată factorilor de risc în procesul de morbiditate, dovedind că acțiunile social-medicale trebuie orientate către măsuri terapeutice sau profilactice, dar și către un „mod de viață" al populației, care să se sustragă oricărei expuneri la riscuri de orice natură.

*

În concluzie, valoarea metodei epidemiologice în studiul sociologic al morbidității „diferențiale" depinde în mare măsură de caracterul global al abordării relației dintre boală și variabilele sociale, de utilizarea unei etiologii multifactoriale, care să considere în mod coerent și integrat totalitatea problemelor de patologie a mediului social. După cum indică majoritatea studiilor, cele mai importante boli de care s-a ocupat sociologia medicinei pînă acum sînt : tuberculoza, cancerul, ateroscleroza, afecțiunile cardiace, diabetul, obezitatea, dereglările funcționale și bolile psihice (25). Pentru majoritatea acestor boli au putut fi stabilite anumite dependențe de factorii de ordin sociologic. În ce măsură condițiile de natură socială și culturală influențează răspîndirea socială a acestor boli, a fost puțin precizat. Uneori valoarea științifică a unor asemenea cercetări este mult afectată de evaluările cu caracter „simbolic", „culturalist", care apar încă în mare măsură în studiile de sociologie a medicinei efectuate în alte țări.

În acest domeniu — consideră M. Pflanz, „trebuie să ne ferim de concluziile criticii culturii, îndeosebi de noțiuni cum ar fi „bolile civilizației", „bolile conducătorilor" etc. (14). Relația dintre morbiditate și procesele de schimbare socială și-a dovedit însă viabilitatea și este o constatare generalizată a majorității studiilor de sociologie a medicinei actuale. În toate aceste studii, metoda epidemiologică este de importanță fundamentală și constă în colectarea diferitelor date privind distribuția diferențială a bolilor în cadrul societății, ca și din construirea unor lan-



Scanned with OKEN Scanner

ţuri deductive, logice, pentru explicarea factorilor multipli care generează aceste boli. În căutarea răspunsurilor la aceste întrebări s-a constatat că, adeseori, trebuie să privim dincolo de un bolnav izolat şi să cercetăm apariţia şi răspîndirea bolii într-un grup social mai larg, poate chiar pe scară naţională. Abordînd fenomenul morbid de pe poziţiile fenomenului social „total", ale cauzelor şi implicaţiilor sale de ordin social, metoda epidemiologică îşi vădeşte viabilitatea şi constituie, din acest punct de vedere, un mjloc care poate fi integrat oportun în ansamblul de metode şi tehnici specifice sociologiei medicinei.

## 7.5. PROBLEME ACTUALE ALE CERCETĂRII ŞI COMBATERII MEDICO-SOCIALE ALE BOLILOR ÎN ŢARA NOASTRĂ

### 7.5.1. EXIGENŢELE ACTUALE ALE MEDICINEI

Actuala configuraţie a patologiei umane a obligat medicina să-şi lărgească perspectivele, atît în studiul factorilor legaţi de tabloul morbidităţii în cadrul unei populaţii, cît şi în domeniul terapeuticii şi prevenţiei sociale a bolilor. Metodele clasice ale igienei, care s-au dovedit capabile să-şi spună cuvîntul în lupta pentru diminuarea şi chiar lichidarea unui întreg cortegiu de boli transmisibile cu caracter acut, se dovedesc neputincioase în faţa bolilor cronice, care par să fie rezultanta mai multor cauze, traume biologice şi psihologice acumulate de individ de-a lungul vieţii. Aceste caracter nou al patologiei în lumea contemporană impune măsuri preventive cu un grad foarte ridicat de complexitate, care impune studiul experienţei sociale a oamenilor, al comportamentului lor social şi un control corespunzător, care, pentru a deveni eficient, trebuie să se sprijine pe o puternică motivaţie socială. Atît prin caracterul social al prestaţiei medicale, cît şi prin contribuţia acesteia la îmbunătăţirea raportului sănătate — muncă — productivitate, activitatea medicală stabileşte legături directe cu activitatea productivă, munca şi diviziunea ei socială. De exemplu, numai colaborarea cu medicul, a factorilor de decizie din economie poate să contribuie la efectuarea în timp util a unor schimbări raţionale în calitatea forţei de muncă, ceea ce poate influenţa în mod eficient structura diferitelor modele economice.

Ocrotirea sănătăţii constituie un sistem, cu graniţe permeabile pentru noi energii şi informaţii, care pot constitui resurse importante pentru relaţiile dintre societate şi sistemul sănătăţii. Actul medical, ca act social, nu mai poate fi cuprins în zilele noastre în limitele biologice în cadrul cărora a luat naştere. El trebuie integrat în limitele mult mai largi şi mai complexe ale contextului global bio-psiho-social. „Obiectul medicinei — scria şi J. Hamburger — este prevenirea şi învingerea bolii, atenuarea suferinţei şi împiedicarea morţii bolnavilor" (395).

În zilele noastre, creşterea exponenţială a masei de informaţii sociomedicale impune din partea medicinei un răspuns precis, capabil să-i furnizeze instrumentele necesare pentru a acţiona în conformitate cu complexitatea problemelor privind sănătatea, considerată ca o condiţie de bunăstare fizică, psihică şi socială completă şi nu numai ca lipsa unei boli sau infirmităţi.



Scanned with OKEN Scanner

Toate acestea modifică atît modul de abordare a conceptului de medicină contemporană, cît, mai ales, modalităţile de rezolvare ce se impun. În ţara noastră, cercetările sociologice asupra morbidităţii au un caracter foarte larg şi se realizează în cadrul unor colective interdisciplinare în numeroase unităţi şi instituţii cu profil medico-social. Chiar dacă aceste studii nu au totdeauna această denumire, scopul lor nemărturisit este nemijlocit sociologic, în măsura în care au reuşit să surprindă totalitatea factorilor sociali care acţionează asupra morbidităţii.

### 7.5.2. STUDII ŞI CERCETĂRI SOCIO-MEDICALE ACTUALE

În cadrul concepţiei generale a partidului şi statului cu privire la rolul ştiinţei în promovarea progresului societăţii, în îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei din R.S.R., cercetarea medicală s-a bucurat de o atenţie specială concretizată printr-o orientare precisă a conţinutului ei : „*Cercetarea medicală trebuie orientată, înainte de toate, spre rezolvarea problemelor esenţiale ale ocrotirii sănătăţii, să fie legată de om, de nevoile sănătăţii poporului, să ducă la obţinerea de rezultate cu aplicabilitate în practica medicală*".

Valoroasele tradiţii ale cercetărilor socio-medicale întreprinse în trecut în ţara noastră trebuie continuate şi îmbogăţite, ţinîndu-se seama de stadiul actual al cercetărilor de sociologie a medicinei, de metodele noi, de condiţiile de lucru — incomparabil mai bune —, ca şi de cerinţele mult mai ample ale activităţii în actuala etapă de dezvoltare generală a ţării. Prin diversitatea, dar şi eficacitatea metodelor de analiză, sociologia medicinei poate să aducă contribuţii decisive la demonstrarea şi soluţionarea caracterelor sociale ale bolilor, la aprecierea comparativă a stării de sănătate a populaţiei, a proceselor de morbiditate, oferind puncte de reper în dezvăluirea structurii şi dinamicii proceselor socio-patologice, în corelaţia acestora cu progresul social, economic şi spiritual al societăţii.

„Resursele umane şi materiale pe care le angajează asistenţa medicală pentru *o nouă calitate a vieţii* cer afirmarea cercetării ştiinţifice medicale ca o componentă esenţială a procesului de întărire a sănătăţii populaţiei şi — cum este firesc — a progresului economic şi social. Se ştie că una din caracteristicile ştiinţei şi tehnicii în zilele noastre este rapiditatea dezvoltării şi marele lor aport la progresul civilizaţiei, precum şi interacţiunea organică între dezvoltarea cercetării ştiinţifice şi prosperitatea economică. Cuceririle ştiinţei şi tehnologiei au determinat numeroase mutaţii în toate sectoarele, cu repercusiuni de necontestat în sfera producţiei materiale, nivelul cercetării condiţionînd astăzi, în măsură sporită, gradul de eficienţă şi competitivitate al economiei. Aceste aspecte noi au determinat transformări structurale şi în conceptul cercetării ştiinţifice medicale" (400).

Organizarea ştiinţifică a sănătăţii solicită cercetări sociologice în direcţii precise, în scopul dezvoltării sănătăţii în cadrul progresului social-economic. În etapa actuală, în condiţiile tabloului patologic contemporan, este necesar să se clarifice sensurile unor probleme complexe de organizare sanitară, dificile, şi adesea controversate, prin multiple analize sociologice.

Sociologia medicinei este în măsură să analizeze factorii sociali care condiţionează starea de sănătate, sistemul organizării sănătăţii, func-



Scanned with OKEN Scanner

ţiile diferitelor instituţii medicale, raporturile existente între personalul medical şi bolnavi şi nenumărate alte probleme. În acest scop, încercările efectuate pînă acum au folosit statistici cu privire la starea de sănătate a populaţiei, în funcţie de clase şi grupuri sociale, medii sociale şi comportament demografic. Ansamblul problemelor socio-medicale legate de manifestările sociale, economice, spirituale, juridice etc. a fost studiat în cadrul unor unităţi sanitare (dispensare, staţionare, policlinici, spitale rurale, urbane etc.), care au furnizat date de mare valoare teoretică şi practică.

În valorificarea la un nivel superior a acestor probleme şi-au dat concursul cadrele ştiinţifice de la institute de cercetări şi de învăţămînt (Institutul de igienă şi sănătate publică, Institutul de expertiză a capacităţii de muncă, institutele de geriatrie, endocrinologie, antropologie, de balneologie şi fizioterapie, catedra de medicină socială, colectivul de sociologie a medicinei, secţiile sanitare, direcţii din Ministerul Muncii şi Prevederilor Sociale etc.), care au iniţiat şi realizat asemenea analize deosebit de importante.

Tendinţele actuale ale pătrunderii punctului de vedere sociologic în medicină se vădesc mai ales în privinţa căilor şi formelor actuale de reorientare şi dezvoltare a medicinei preventive din ţara noastră. Considerînd importantele implicaţii sociale ale combaterii bolilor contagioase, ale prevenirii principalelor boli cardiovasculare, boli de nutriţie, boli de natură psiho-somatică, recentele progrese ale sănătăţii publice furnizează cele mai temeinice dovezi cu privire la creşterea rolului social al medicului în ţara noastră.

În ultimii ani, rezultatele obţinute de sectorul de asistenţă sanitară în domeniul îngrijirii şi prevenţiei bolilor, arată că activitatea medicală se integrează activ în structura, funcţiile, mecanismele şi dinamica proceselor sociale, evidenţiindu-se ca un puternic agent de control social. În etapa actuală, atît practica medicală, cît şi cercetarea clinică capătă un profund caracter de acţiune socială militantă. Pe de altă parte, complexitatea problemelor privind statutul social actual al sănătăţii, ca valoare economică şi socială de primă importanţă pentru întreaga societate, modifică atît modul de abordare, cît mai ales modul de rezolvare a acestora şi impun cu necesitate desfăşurarea unei activităţi medicale „concertate", integrată interdisciplinar, care să răspundă tuturor solicitărilor. Baza epidemiologiei a fost astfel lărgită; de la studiul distribuţiei bolilor contagioase în sînul populaţiei s-a trecut la studiul modificărilor ecologice, a influenţei exercitată de condiţiile de mediu asupra stării de sănătate a colectivităţii. Au fost iniţiate cercetări cu caracter socio-medical, pentru evidenţierea gradului de întindere şi de distribuţie, în cadrul grupelor de populaţii, ale diferitelor categorii de boli şi infirmităţi. Totodată, interesul specialiştilor s-a concentrat intens atît asupra identificării cauzelor specifice ale bolilor profesionale, cît şi asupra necesităţii controlului efectelor asupra populaţiei care activează în diferite sectoare ale economiei, în diverse zone cu profil industrial. Au fost obţinute în felul acesta informaţii semnificative cu privire la specificul patologiei umane în domeniile care reclamă solicitarea intensă şi prelungită a activităţii factorului



Scanned with OKEN Scanner

uman, punîndu-se accentul atît pe latura fiziologică, cît și pe caracteristicile și condiționările de natură socială și profesională*.

Totodată, creșterea interesului pentru combaterea bolilor cronice a dus la generalizarea din ce în ce mai frecventă a noțiunii de cauzalitate multiplă a bolilor, dovedind că activitatea de prevenție nu se rezumă doar la formele de control, episodice, asupra influenței exercitată de mediu, ci înseamnă inițierea unui larg complex de măsuri, planificarea unor eforturi pe termen lung, pentru protejarea sănătății individuale.

După cum se arată „...lupta pentru lichidarea bolilor de masă și pentru ridicarea nivelului general al sănătății publice nu a mai avut caracterul unor companii sporadice, ci s-a desfășurat pe un front larg, cu concursul tuturor factorilor cu răspundere în stat și pe baza unui program științific, în care componentele speciale ale activității medico-sanitare au fost larg împlinite" (109).

Deoarece efectele bolilor cronice se observă cel mai adesea la persoanele vîrstnice, o parte din cercetările cu caracter socio-medical au fost desfășurate asupra acestei categorii de populație. Pe lîngă controlul medical periodic, s-a organizat supravegherea medicală activă și sistematică a acestei grupe de populație. Programe la fel de importante au fost consacrate grupelor tinere, atît pentru a le feri de factorii de risc, cît și pentru a asigura măsuri și metodologii eficiente de tratament medical.

Numeroase studii și cercetări realizate în țara noastră au evidențiat necesitatea luării în considerare a tuturor factorilor sociali implicați în structura morbidității populației. De exemplu, studiul realizat de Ministerul Sănătății și Institutul de igienă și sănătate publică asupra „morbidității prin incapacitate temporară de muncă", are la bază cercetarea complexă a unui eșantion reprezentativ (de un milion de locuitori) și constituie una din cele mai exhaustive investigații de acest gen din țara noastră.

De asemenea, un studiu privitor la problemele de prevederi sociale din Capitală a stabilit principalele aspecte sociale și demografice ale teritoriului (volume, categorii, dinamică) și a determinat teritorializarea necesarului de acțiuni. Acest studiu, făcut de Institutul de igienă și sănătate publică a trebuit să rezolve probleme metodologice și să stabilească factorii care condiționează distribuția neuniformă în teritoriu a aspectelor cu caracter socio-medical. Unele rezultate ale acestui studiu au fost publicate în „Culegeri de studii metodologice și documentare" ale institutului. Asemenea aspecte privind problemele de prevederi sociale au fost studiate și în mediul rural (satul Soldanul și satele Nucet și Perșinari). Sub conducerea lui I. Matei, au fost de asemenea analizate aspectele sociologice întîlnite în organizarea sistemului de servicii sociale din mediul rural. Astfel un studiu făcut în bazinul inferior Vedea-Călmățui a scos la iveală unele aspecte și din cadrul fostului raion Alexandria.

În cele două sate s-au efectuat anchete pe bază de formular, în gospodăriile țărănești, concluziile fiind corelate cu datele rezultate din observarea directă făcută de anchetatori, ca și din anchetarea cu caracter

* Cercetări în acest domeniu au fost realizate de Oct. Berlogea, P. Groza, P. Manu, D. Enăchescu, V. Coroiu, Grigore Popescu etc.



Scanned with OKEN Scanner

statistic a opiniei publice, care a urmărit stabilirea gradului în care locuitorii satului erau conștienți de necesitatea creării anumitor servicii sociale.

Au fost făcute și investigații pe bază de îndrumător, de convorbire în așezările și cooperativele de producție. Pornit de la o temă strictă de prevederi sociale — „stabilirea vieții de familie și a mijloacelor ei de soluționare", — studiul s-a extins în direcția cercetării ocupației locuitorilor, a întrebuințării timpului lor liber (diferențiat pe vîrste), a surprinderii aspectelor legate de activitatea în cadrul cooperativelor de producție, precum și a celor privind rețeaua de așezări din zonă. S-au găsit unele soluții pentru cazurile bătrînilor bolnavi, cronici, lipsiți de familie, cărora, într-o formă organizată — pe ansambluri de cooperative agricole de producție — li s-au asigurat condiții ca să poată avea ocrotirea asigurată, integrîndu-i în același timp în viața colectivității rurale din care fac parte.

Acest tip de case de bătrîni (al cărui studiu experimental este în curs) reprezintă un serviciu social posibil numai în condițiile colectivității de muncă și de viață pe care le constituie cooperativele agricole de producție. Soluția a reieșit în cursul investigațiilor, din însăși analiza în gospodăriile țărănești a necesităților de prestare de servicii sociale, iar împreună cu organele de conducere ale cooperativelor agricole de producție, din analiza posibilităților de realizare a serviciilor sociale.

Din observațiile investigatorilor, ca și din anchetele de opinii, a reieșit faptul că este necesară dimensionarea necesarului și stabilirea posibilităților de realizare de creșe și grădinițe sezoniere (pentru îngrijirea și supravegherea copiilor în perioadele de vîrf ale muncilor agricole), de terenuri de sport, locuri de agrement etc.

Suplețea și caracterul dinamic al sistemului de servicii sociale poate să răspundă actualelor condiții oferite de rețeaua așezărilor rurale, evoluînd încă o dată cu ansamblul transformărilor mediului rural și concurînd la desfășurarea lui. Asemenea studii pentru determinarea problemelor și stabilirea modului de organizare și funcționare a serviciilor sociale s-au efectuat și la Fabrica de confecții și tricotaje București.

În cercetările făcute în domeniul medico-social au fost studiate și aspectele sociale ale dispensarizării bolnavilor cardiovasculari (la Uzinele „Poiana" Cîmpina), ajungîndu-se la stabilirea unui plan de dispensarizare cuprinzînd atît măsuri medicale de igienă și protecție a muncii, cît și de ordin social, în familia bolnavului cronic și în întreprindere.

De asemenea, au fost cercetate unele probleme sociale și de sănătate publică în cadrul dezvoltării sistematice a unor zone, în funcție de sarcinile diferențiate pe care le-a avut Institutul de igienă și sănătate publică București. Au fost efectuate cercetări de igienă și protecție a muncii în întreprinderi miniere, ale industriei chimice, în unități forestiere, precum și în sectorul metalurgic. Printre alte lucrări importante de acest gen se remarcă studiul „Factorii medicali, psihologici și sociali în organizarea profesională a tinerilor normali și deficienți", realizată de O. Berlogea și H. Popescu, în cadrul căruia s-au făcut cercetări socio-medicale în școli și întreprinderi, pentru evaluarea principalelor activități educativ-sanitare. O serie de probleme analizate de personalități de prestigiu în medicina noastră (acad. Șt. Milcu, acad. A. Moga, acad. Th. Burghele,



Scanned with OKEN Scanner

prof. Th. Ilea, prof. D. Enăchescu, prof. V. Coroiu, prof. I. Vinți, prof. V. Ciobanu, prof. E. Proca, prof. I. Ardeleanu, prof. V. Săhleanu etc.), se înscriu pe linia eforturilor, în vederea mobilizării tuturor factorilor care pot să aducă îmbunătățiri ocrotirii sănătății populației.

Anchete de vaste proporții asupra morbidității au cuprins întreaga populație din 11 circumscripții sanitare rurale (circa 500 000 de locuitori), ca și întreaga populație din 66 de circumscripții sanitare urbane (cu un număr de peste 310 000 de locuitori). Au fost chestionați peste 113 000 de salariați din 35 de întreprinderi, aparținînd diferitelor ramuri de producție din diverse regiuni. Această anchetă a dat posibilitatea cunoașterii complexe a stării de sănătate, a tendinței unor fenomene demografice, de morbiditate etc.

Inițiativele și acțiunile social-medicale, lucrările științifice întreprinse de acad. Șt. Milcu și colaboratorii săi de la Institutul de endocrinologie — în ceea ce privește combaterea distrofiei endemice tireopate, sub diversele ei forme clinice, larg răspîndite în țara noastră pînă în anul 1949 — au adus o reală contribuție la evidențierea condițiilor social-economice ale acestei afecțiuni și la găsirea căilor de prevenire a acesteia.

Lucrarea „Structura antropologică, privită comparativ, a satelor Nucșoara și Cîmpul lui Neag" și monografia „Cercetări antropologice în ținutul Pădurenilor, satul Bătrîna" — sub redactarea acad. Șt. M. Milcu — folosește din plin factorii demografici, datele endocrinologice, aspectele biologice, factorii geografici, sociali și istorici, pentru aprecierea dinamicii stării de sănătate, ca și a proceselor morbide ale populației.

Cercetări asemănătoare au fost întreprinse de Academia R.S.R., în rîndurile populației zonei lacului de acumulare Bicaz și ale celei din zona Porților de Fier.

Alte cercetări — întreprinse sub conducerea lui C. Anastasatu, Marius Nasta, Al. Bulla, Gh. Bungețianu — au fost axate pe problemele sociale puse de tuberculoză, mai ales cele legate de factorii care contribuie la incidența acestei boli în rîndul populației.

Încercăm să sistematizăm evident neexhaustiv și neierarhizat ansamblul tematicii acestor cercetări în tabelul VII.

Desigur, este greu (dacă nu imposibil) de prezentat întreg ansamblul de cercetări și investigații din țara noastră, în legătură cu problemele sociale ale sănătății și bolii. Demn de reținut este faptul că majoritatea acestor cercetări au beneficiat de un cadru interdisciplinar și au fost realizate prin colaborarea activității diferitelor instituții sociale și medicale.

Asemenea cercetări prezintă un mare interes din punct de vedere teoretic și metodologic pentru inițierea unui larg plan de măsuri de investigare a factorilor socio-medicali, care determină dinamica elementelor biologice și psihologice ale populației din țara noastră.

Sociologia medicinei oferă premise științifice riguroase în vederea generalizării unor măsuri preventive și curative cu caracter social, care să includă corelat factori de ordin biologic, social și organizatoric. Ea are rolul de a identifica în etapa actuală factorii obiectivi naturali, sociali, economici și spirituali care concură la dinamica stării de sănătate a colectivităților sociale și este în măsură, de comun acord cu celelalte competențe de „management", să ofere posibilități, premise pentru preconizarea



Scanned with OKEN Scanner

*Tabelul VII*

**Direcţii de cercetare în domeniul sociologiei medicinei şi a medicinei sociale, abordate în ţara noastră**

| Nr. crt. | Autori | Tema abordată |
|---|---|---|
| 1. | C. I. Parhon, D. Danielopolu, M. Ciucă, N. Gh. Lupu, Şt. Milcu, Şt. S. Nicolau, A. Moga, I. Haţieganu, V. Bologa, Gr. Benetato, O. Berlogea, Th. Ilea, P. Brînzei, M. Voiculescu, P. Manu, D. Enăchescu, V. Ciobanu, C. Anastasatu, L. Grom, V. Coroiu, I. Mincu, O. Fodor, Gh. Lupaşcu, N. N. Gheorghiu, E. Daniello, E. Proca, I. Ghelerter, V. Săhleanu, M. Aldea, P. Firu, Gh. Brătescu, I. Spielman, S. Izsák, V. Predescu, B. Duţescu, D. Postelnicu, T. Huszar, G. Grosz, P. Mureşan, L. Prodan, Gr. Popescu, P. Pruteanu, O. Costăchel, C. Bogdan, S. Mănescu. L. Păun | Investigaţii cu caracter sociologic în probleme medicale generale |
| 2. | Gr. Benetato, I. Mincu, I. Pavel, I. Gonţea, S. Dumitrache | Probleme sociale ale alimentaţiei |
| 3. | Th. Ilea, V. Marinescu, O. Berlogea, A. Moga, Th. Burghele, R. Păun, D. Enăchescu, E. Proca, M. Aldea, V. Coroi, E. Măgureanu, N. Nicolaescu, V. Arcan, A. Calomfirescu, V. Ciobanu, T. Huszar, T. Proinov, Gh. Creţeanu, P. Borundel, I. Gal, Gh. Constantinescu, M. Ancuşa, M. Mănescu, P. Mureşan, L. Orădean., Andronescu M. | Cadrul social al organizării sanitare |
| 4. | I. Ardelean, Gh. Cadariu, A. Calomfirescu, I. Prodan, B. Barhad, S. Mănescu, Gh. Zamfir, E. Măgureanu | Adaptarea amenajărilor igienice la noile relaţii sociale |
| 5. | Şt. Milcu, P. Penciu, P. Nanu, I. Dorobanţu, L. Pietraru, D. Alessandrescu, N. N. Gheorghiu, I. Vinţi, V. Vasilovici, R. Ozun, A. Profeta, Gr. Popescu, I. Gall, A. Aitoneanu, P. Firu, M. Terbancea | Probleme sociale ale educaţiei sanitare |
| 6. | Şt. Milcu, O. Berlogea, D. Enăchescu, M. Aldea, Al. Ciucă, I. Mincu, V. Predescu, P. Mureşan, V. Ciobanu, Gh. Jelezov, O. Bădina, V. Coroiu, B. Barhad, C. Gorgos, T. Huszar, S. Luculescu, V. Săhleanu, Gr. Popescu, I. Matei, V. Caramelea, O. Neamţu, P. Groza, Gh. Scripcaru, T. Herseni | Factori sociali care condiţionează starea de sănătate |
| 7. | Şt. Milcu, P. Brînzei, P. Fodor, Th. Burghele, M. Voiculescu, O. Berlogea, D. Enăchescu, V. Coroiu, R. Ozun, A. Profeta, S. Havriliuc, Gr. Popescu, S. Rădulescu, A. Popescu, D. Mihăilescu, M. Mihăilescu, B. Duţescu | Aspecte sociologice ale relaţiilor interpersonale în instituţia sanitară |
| 8. | M. Maurer, O. Berlogea, V. Sîrjiţă, N. Popescu, N. Teleky, L. Necşulescu | Aspecte sociale ale invalidităţii şi recuperării |
| 9. | A. Aslan, Al. Ciucă, R. Cresin, P. Sterian, V. Jukovsky, M. Sanda, E. Mustaţă, R. Duda, L. Belea, M. Ancuşa, V. Micu, C. Bogdan | Problematica medico-socială a populaţiei vîrstnice |



Scanned with OKEN Scanner

| Nr. crt. | Autori | Tema abordată |
|---|---|---|
| 10. | O. Berlogea, V. Sirjiță, P. Manu, I. Mihăilă, N. Gavrilescu, V. Caracudovici, O. Luchian, D. Brănișteanu, C. Mihail, I. Vaida, M. Pafnote, A. Profeta, Gr. Popescu, I. Tomescu, I. Suciu, C. Ursoniu, V. Repta | Aspecte sociologice ale integrării medicinei în procesul dezvoltării social-economice |
| 11. | R. Prișcu, D. Alessandrescu, N. N. Gheorghiu, Lidia Orădeanu, Th. Ilea, I. Vinți, G. Teodoru, P. Sârbu, C. Constantinescu, Gr. Popescu, I. Copil, A. Cristea, H. Ciortoloman, T. Huszar, P. Mureșan, V. Trebici, I. Bulgaru, I. Lemnete, V. Luca, M. Maiorescu | Factori sociali care condiționează fertilitatea, patologia neonatală și echilibrul familial |
| 12. | A. Moga, I. Orha, Pop D. Popa, R. Vlaicu, G. Carp | Epidemiologia bolilor cardiovasculare |

*Sursă*: prelucrare după ȘT. MILCU (109)

unor procedee corespunzătoare (legale, morale, educative, organizatorice) care să influențeze, și să orienteze activitatea medico-sanitară în direcția cea mai acceptabilă societății.

Ea are în vedere nu atît studiul diferențiat al factorilor obiectivi, ci îndeosebi identificarea lor, cu precădere sub aspectul dependențelor funcționale, oferind modalități programatice și strategice cercetărilor de ocrotire a sănătății.

Cercetarea și aprofundarea realității, identificarea factorilor amintiți, dezvăluirea structurii și dinamicii proceselor socio-medicale și corelațiile dintre progresul tehnic-științific, social-economic-spiritual și cerințele de ocrotire a sănătății, pot să consolideze cadrul social-organizatoric *al noii politici sanitare*, pot să semnaleze, să sprijine și să dea soluții de necesitate imediată și de perspectivă.

Integrarea medicului în dinamica proceselor social-economice îl obligă pe acesta să aibă în vedere amploarea și profunzimea realităților țării noastre — economice, sociale, culturale —, să cunoască tendințele revoluției științifice și tehnice și să desprindă variantele optime, în concordanță cu problemele pe care le ridică bolile civilizației și să fundamenteze strategii, al căror obiectiv principal să fie sănătatea omului.

### 7.5.3. TENDINȚE DE PERSPECTIVĂ

Majoritatea analizelor efectuate în țara noastră, avînd în cea mai mare parte un caracter multi- și interdisciplinar, au scos la iveală aspecte legate de organizarea și cunoașterea stării de sănătate (bolile predominante, specifice anumitor categorii de populație, cauzele lor, capacitatea de cuprindere a populației de către cadrele medicale, metodele de educație sanitară, eficiența lor, igiena locuințelor, a gospodăriilor, a familiilor etc.).

Ele au constituit și constituie totodată o necesitate obiectivă, răspunzînd eforturilor pe care le face astăzi statul socialist în vederea asigurării unei stări optime de sănătate a populației. Condițiile asigurate de partid ocrotirii sănătății populației apar astfel oglindite în continua îmbunătă-



Scanned with OKEN Scanner

ţire a acesteia, în permanenta dezvoltare a condiţiilor de bunăstare materială şi spirituală.

Înfiinţarea, la indicaţia conducerii de partid, a Academiei de ştiinţe medicale — o nouă formă organizatorică de coordonare a activităţilor de cercetare medicală — a contribuit la schimbarea radicală a vechilor concepţii în cercetare, eliminînd treptat conţinutul sporadic şi fără orientare precisă, al acesteia. Cercetarea ştiinţifică medicală din ţara noastră se desfăşoară în prezent pe baza unor *principii şi măsuri organizatorice bine precizate* (400).

Condiţiile privitoare la dotarea tehnică, creşterea numărului de specialişti, unificarea tehnicilor de lucru în serviciile de diagnostic şi tratament, cunoaşterea dinamică şi comparativă a stării de sănătate a populaţiei, măsurile în privinţa măririi numărului de paturi în clinici, reducerea mortalităţii infantile şi toate măsurile profilactice şi curative, reducerea morbidităţii şi a incapacităţii temporare de muncă, constituie preocupări de bază ale organelor de conducere sanitară şi teme deosebit de importante pentru cercetările de sociologie a medicinei. Se vede astfel, că structura socială este faptul care determină, în mare măsură, *ce* face şi *cum* face medicul care lucrează în sînul societăţii.

Locul medicului este determinat de structura economică şi politică a societăţii pe care o serveşte, de locul acordat de societate sănătăţii şi bolii, de sarcinile pe care societatea le trasează medicului său, conform idealului acesteia, de tehnologia care-i stă medicinei la îndemînă.

Prin locul pe care-l deţine în societate, ca om de ştiinţă, educator, muncitor social, gata să coopereze în echipă, prieten şi conducător, medicul trebuie să dirijeze toate eforturile pentru a menţine oamenii apţi pentru mediul lor social, să-i vadă înainte de a fi bolnavi şi să devină terapeut cînd eforturile anterioare au eşuat şi, de la caz la caz, să-i readapteze.

Directivele C.C. al P.C.R. cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei din R.S.R. (1969) fac o analiză aprofundată, într-un spirit de înaltă principialitate şi responsabilitate morală, fiind legate de :

— urmărirea cu precădere a acţiunilor de supraveghere a omului sănătos ; orientarea profilactică, ca o cale sigură de reducere a numărului de îmbolnăviri ;

— problemele pe care le ridică mediul creat de om, civilizaţia urbană, protecţia muncii, bolile profesionale, igiena marilor aglomeraţii industriale şi umane ; încadrarea populaţiei rurale în noile coordonate ale vieţii industriale ;

— repartizarea geografică a forţelor medicale ;

— cercetarea ştiinţifică să fie orientată înainte de toate spre rezolvarea problemelor esenţiale ale ocrotirii sănătăţii şi să fie legată de om, de nevoile sănătăţii poporului, să ducă la rezultate aplicabile în practica medicală ;

— o mai bună organizare a ocrotirii sănătăţii, a adaptării acesteia la cerinţele actuale, apărarea sănătăţii muncitorului la locul de muncă ;

— perfecţionarea structurii organizatorice şi a metodelor de muncă, de concepţie, îndrumare, control, protecţia aerului, solului, apei potabile, alimentelor destinate consumului public.



Scanned with OKEN Scanner

Acestea constituie, în același timp, obiective de investigații, la care sociologia medicinei trebuie să aducă, în continuare, contribuții. Aceste problematici arată că dezvoltarea medicinei corespunzător cerințelor contemporane presupune dezvoltarea spiritului novator, desfășurarea unui schimb larg de opinii, confruntarea deschisă a punctelor de vedere, înlăturarea subiectivismului, confruntarea opiniilor contrare cu punct de plecare în fapte.

Cu ajutorul sociologiei medicinei pot fi studiate, în continuare, majoritatea problemelor impuse de necesitatea îmbunătățirii asistenței medicale, pot fi propuse soluțiile practice și mijloacele necesare pentru înfăptuirea acestei îmbunătățiri.

Prin procedee și tehnici de investigație sociologică, realitatea medicală poate fi ținută sub observație, cunoscută, mînuită și orientată spre scopul ei fundamental : grija față de sănătatea populației. Cercetările organizate în această direcție pot să ajungă, în continuare, la concluzii importante, ținînd seama de posibilitățile pe care le oferă rețeaua sanitară. Așa spre pildă :

a) cunoașterea dinamică și comparativă a stării de sănătate a populației ;

b) patologia regională în R.S.R. a bolilor cardiovasculare și urmările lor sociale ;

c) analiza sociologică a bolilor cronice și influența lor asupra procesului de producție ;

d) probleme socio-economice determinante pentru creșterea natalității ;

e) adaptarea populației rurale la condițiile de viață industrial-urbane și rolul medicinei în cadrul acestui proces ;

f) probleme medico-sociale ale țărănimii cooperatiste ;

g) studiu privind problemele teritoriale de sănătate ;

h) rolul social al medicului în condițiile revoluției științifice și tehnice contemporane etc.

De asemenea, în etapa actuală sînt necesare cercetări în diverse direcții și domenii interdisciplinare, în scopul de a asigura premise și criterii riguros științifice activității de organizare și conducere medico-sanitară. Dintre acestea amintim :

1. Relațiile dintre bolnav și structurile medicale. (Raporturile pacient-medic-personal paramedical-instituții sanitare ; raporturile bolnavului cu sistemele de educație sanitară.)

2. Aplicații ale metodei analizei de conținut în domeniul culturii și educației sanitare a populației. (Raporturile publicului cu sistemul mass-media ; forme de educație promovate de institutele medicale și sociale.)

3. Studiu privind evoluția actuală a raportului dintre sănătate-muncă-productivitate.

4. Cercetări privind evaluarea atitudinilor bolnavilor și medicilor față de eficiența serviciului de transporturi în urgențele medicale.

5. Probleme actuale ale medicinei ca agent de control social.

6. Cercetarea morbidității în cadrul migrației generale și ocupaționale.



Scanned with OKEN Scanner

7. Cercetări asupra factorilor de mediu care condiționează apariția oboselii nervoase în munca industrială.

8. Studii pilot privind eficiența activității circumscripțiilor teritoriale asupra sănătății diferitelor grupuri de populație.

9. Cercetări longitudinale privind aspectele integrării medicinei preventive și curative în spitalul modern.

10. Studii privind consecințele socio-medicale ale avortului la diferite categorii de populație.

11. Studii privind modelele informative și formative cu rol educativ în asigurarea coeziunii cuplului familial.

12. Cercetări privind aspectele actuale ale stress-ului în colectivitățile urbane.

13. Cercetări asupra metodologiei multifactoriale de prevenție în bolile cardiovasculare (cardiopatii ischemice, boli cerebro-vasculare, hipertensiune, maflormații cardiace congenitale, cardiopatii reumatismale).

14. Studii privind efectele dezvoltării urbane asupra sănătății individului și colectivității (probleme de stress și adaptare).

15. Studiu asupra relațiilor dintre administrația sanitară și factorii social-economici. Influența acestora asupra raportului medic-bolnav.

16. Medicina — agent de control social.

17. Îngrijirea continuă și discontinuă — costul bolii și prețul sănătății.

18. Actul medical integrat în contextul social.

19. Integrarea medicinei în procesele dezvoltării social-economice.

20. Opinii ale publicului față de serviciul medical.

21. Aspecte socio-psihologice ale autodefinirii ca bolnav.

22. Aspecte sociale și culturale ale pacientogenezei (modul în care bolnavul intră în circuitul căutării însănătoșirii, factorii care influențează precizarea și definirea bolii).

23. Sănătatea individului, responsabilitate sanitară și economică. Echipa de lucru în îngrijirea medicală ; studiul îngrijirii colectivității.

24. Localizarea geografică și mobilitatea medicilor.

25. Diferențele culturale în adaptare ; integrarea bolnavilor în cadrul interacțiunii sociale.

26. Implicațiile bolii în familie ca unitate socială.

27. Analiza problemelor sexuale în interacțiunea medic-pacient (modul de a trata problemele ; răspunsul ce se asigură acestor probleme).

28. Bolnavul spitalizat.

29. Interacțiunea medic-bolnav în problemele de administrare a îngrijirii sănătății.

De asemenea, avînd în vedere creșterea speranței de viață, potrivit ultimelor date din țara noastră, pot fi continuate cercetări și analize sociologice, pentru a se vedea dacă este cazul ca pentru bătrînii fără familie să se mărească numărul căminelor cu asistență medicală, degrevîndu-se în felul acesta spitalele de cazuri de afecțiuni cronice, caracteristice bătrîneții. Creșterea speranței de viață atrage după sine înmulțirea numărului de bolnavi cu afecțiuni cronice, din care unele nerecuperabile. Odată cu creșterea populației vîrstnice și numărul bolilor specifice acestei populații (bolile sistemului nervos, cancerul etc.), apărînd o adevărată „patologie a bătrîneții", care ridică probleme noi în asistența medicală a populației.



Scanned with OKEN Scanner

Pe măsură ce populația îmbătrînită sporește, sarcinile instituțiilor spitalicești cresc cantitativ și calitativ, se mărește numărul internărilor de bătrîni, se schimbă durata de spitalizare, sînt necesare mijloace moderne noi de investigație pentru depistarea precoce a bolilor cronice etc. (110). Cercetarea acestor aspecte poate să contribuie la elaborarea unor măsuri cu caracter practic, pentru rezolvarea problemelor bolnavilor longevivi. Pentru recuperarea, cel puțin temporară, a unora din ei, se pot înființa servicii și secții de consultație pe lîngă fiecare spital sau se pot constitui unități speciale pentru boli cronice ca reumatismul cronic, bolile nervoase etc. Avînd în vedere că bolile cronice intră precumpănitor în regimul de tratament balneo-climatic, că țara noastră dispune de resurse naturale, de numeroase stațiuni — care rivalizează, ca eficiență, cu cele din străinătate — este deosebit de actuală problema modernizării și adaptării acestei rețele la nivelul stațiunilor similare, consacrate pe plan internațional.

Elaborarea, pe baza unui studiu sociologic complex, multilateral fundamentat, a unor asemenea măsuri, ar putea să contribuie la creșterea eficienței medicale, la sporirea aptitudinilor pentru un randament constant în procesul de producție, precum și la asigurarea celor mai bune condiții de viață pentru populație.

Stadiul actual de dezvoltare și modernizare economică, caracterizat prin industrializarea rapidă a întregii economii, influențează sfera forței de muncă, din punct de vedere al condiției ei de sănătate și corespunzător nivelului performanțelor ei individuale și de grup. Eficiența în muncă depinde de concordanța dintre solicitările locului de muncă asupra organismului, ca și de capacitatea de adaptare psiho-fizică a individului la aceste solicitări. Perturbările în procesul de muncă — ca urmare a disconfortului — conduc la accidente care afectează forța de muncă și determină totodată creșterea sarcinilor social-economice ale colectivității, pentru întreținerea celor neadaptați sau dezadaptați. Ca urmare, măsurile elaborate pe baza cercetărilor din acest domeniu, pot să ducă la îmbunătățirea acestei situații.

Referindu-se la principalele categorii de măsuri care pot fi luate în acest sens, O. Berlogea consideră necesară organizarea acțiunilor menite : a) să depisteze cauzele care conduc la diminuarea potențialului energetic, în vederea remedierii lor ; b) să restabilească total sau parțial potențialul diminuat ; c) să prospecteze măsurile de evitare a cauzelor de diminuare. Cercetarea sociologică a acestor probleme poate contribui la optimizarea activității din domeniul industrial, cu atît mai mult cu cît efectele bolii nu mai pot fi considerate numai din punct de vedere al consecințelor pentru individ, ci și al afectării domeniului economic global, prin repercusiunile lor asupra productivtății muncii.

Un rol important le revine și cercetărilor interdisciplinare, capabile să surprindă condiționările factorilor nocivi asupra organismului angajat în activitatea de producție, solicitările neuropsihice caracteristice oboselii nervoase și să elaboreze soluții corespunzătoare pentru profilaxie.

Prin instituirea unor măsuri cu caracter preventiv la locul de muncă, prin depistarea unor afecțiuni în stadiu incipient și aplicarea unor măsuri curative corespunzătoare, se pot preîntîmpina îmbolnăvirile și accidentele de muncă, redîndu-se producției forța de muncă afectată.



Scanned with OKEN Scanner

Apariția unor noi procese tehnologice pe ramuri de producție, mecanizarea și automatizarea diferitelor operațiuni, sînt elemente care duc la modificarea raporturilor dintre factorii de muncă și participarea umană în procesul industrial.

Organizarea controlului sanitar preventiv în teritoriu, la toate întreprinderile și unitățile economice, poate să contribuie hotărîtor la optimizarea condițiilor de muncă.

Capacitatea de adaptare nu poate fi însă supraestimată și, de aceea, sînt necesare măsuri cu caracter precis orientat, elaborate pe baza unor studii fundamentate științific, din care se pot aminti :

— cele legate de aspectele profilactice (cunoașterea și prevenirea factorilor nocivi profesionali) și de prevenire și reducere a morbidității cu incapacitate temporară de muncă ;

— cele axate asupra corelării activității medicale cu specificul proceselor de producție (cu specificul solicitărilor profesionale și particularitățile condițiilor de muncă) ;

— cele referitoare la aspectele medicinei profesionale (bazate pe cercetarea simptomatologiei subiective și obiective, în funcție de noxe și celelalte condiții negative de muncă, ca și pe cercetarea modalităților de control periodic).

Probleme la fel de importante, în cazul cercetării, sînt problemele sociale pe care le ridică boala în condițiile civilizației actuale, în relațiile acesteia cu mediul ambiant.

Însănătoșirea mediului constituie nu numai o problemă sanitară, dar, în primul rînd, una socială. Profilaxia, limitată altădată la cercetarea și cunoașterea factorilor toxici, microbieni, la înregistrarea particularităților și efectelor factorilor nocivi ai mediului fizic, trebuie să asimileze în cadrul ei din ce în ce mai multe preocupări de ordin sanogenetic, abordînd complex și interdisciplinar ambianța de muncă și de viață a individului.

Surprinderea „erorilor" biologice și ecologice ale amenajării mediului ambiant, a bruscării într-un grad irațional a echilibrului biologic din natură, presupune mai întîi cunoașterea și apoi remedierea lui. În ultimele decenii, datorită condițiilor revoluției științifice și tehnice, capacitatea omului de a modifica mediul natural a devenit nelimitată și, după cum consideră mai mulți autori, distructivă. „S-a contat pînă la extrem pe marea capacitate de adaptare a speciei umane. Dar adaptabilitatea își are și ea limitele ei, a căror depășire amenință existența unei specii. Nu trebuie să uităm că, de la apariția lui, omul are același fond genetic, care îl definește ca specie și ca posibilități adaptative" (111).

De aceea, promovarea pe prim plan în conștiința epocii contemporane a modificărilor provocate de populațiile umane în biosferă și în mediul de viață natural, constituie un mobil de prin ordin al unor cercetări, menite să elaboreze măsuri privitoare la controlul factorilor din mediul ambiant, la autodirijarea conștientă în noul mediu creat de om.

Pornind de la corelarea acestei cerințe cu necesitățile dezvoltării sociale și economice, Raportul Comitetului Central prezentat la Congresul al XI-lea al P.C.R., arată : *„Odată cu realizarea acestui vast program de dezvoltare economică-socială, va trebui să se acorde mai mare atenție măsurilor de împiedicare a poluării, de conservare nealterată a mediului*



Scanned with OKEN Scanner

*înconjurător, asigurînd astfel condiții de viață cît mai corespunzătoare poporului, atît în prezent cît și în viitor...*"

În lumina sarcinilor stabilite în Programul partidului, eforturile cercetării științifice medicale au fost îndreptate, în primul rînd, spre *activitatea profilactică, spre asigurarea mijloacelor de apărare și refacere a sănătății oamenilor muncii, ocrotirea mamei, copilului și tineretului, aprofundarea fenomenelor biologice* legate de adaptarea la viața modernă și de prelungire a duratei de viață activă, *ridicarea nivelului de cultură și educație sanitară a populației.* Cercetarea medicală acționează în direcția depistării factorilor mediului de viață și de muncă ce provoacă declanșarea stării de boală, pentru a stabili măsuri privind eliminarea sau reducerea acțiunii nocive a acestora, găsirea de soluții potrivite pentru prevenirea și combaterea principalelor boli transmisibile și netransmisibile, optimizarea formelor și metodelor de asistență medicală, angajarea unor cercetări fundamentale pentru aprofundarea cunoașterii organismului uman. Multe din obiectivele de cercetare sînt axate pe programele de sănătate pe termen lung, elaborate de Ministerul Sănătății și aprobate de Consiliul Sanitar Superior : boli cardiovasculare, cancer, hepatite, boli de nutriție, alimentație rațională, nefropatia endemică, bolile congenitale ș.a. Se cuvine subliniat sprijinul primit din partea Consiliului Național pentru Știință și Tehnologie, sprijin permanent, care reflectă înalta apreciere și grijă de care se bucură cercetarea în țara noastră.

Lupta pentru apărarea sanogenezei mediului, pentru protejarea și conservarea sănătății inegale a indivizilor, devine astfel parte integrantă a măsurilor luate de stat în domeniul ridicării nivelului de trai material și spiritual al membrilor societății.

În raport cu aceste condiții, trebuie subliniată importanța pe care o prezintă Directivele Congresului al XII-lea al P.C.R. cu privire la optimizarea și creșterea eficienței activității asistenței sanitare, care au în vedere elaborarea și fundamentarea unui larg șir de măsuri cu caracter prioritar, pentru îmbunătățirea activității de apărare a sănătății poporului, combaterea bolilor, refacerea forței de muncă.

Documentele P.C.R. dovedesc faptul că în țara noastră problema ocrotirii sănătății publice este ridicată la rangul de politică de stat, fiind integrată din acest punct de vedere, în obiectivele de bază ale programului de construcție a noii orînduiri.

În această direcție, Directivele Congresului al XII-lea al P.C.R. pun permanent accentul în problemele de sănătate pe aspectele de profilaxie a îmbolnăvirilor, pe modernizarea continuă și perfecționarea rețelei de ocrotire a sănătății, pe dezvoltarea rețelei unităților balneare și de tratament, pe îmbunătățirea condițiilor de odihnă și pe dezvoltarea cercetării științifice în domeniul sănătății publice.

Procesul amplu al edificării societății socialiste multilateral dezvoltate, prin importante transformări pe care le aduce în viața tuturor categoriilor de populație, va genera în același timp profunde schimbări în domeniul sănătății și al asistenței medicale.

Problemele legate de necesitățile și distribuția zonală a asistenței populației, nivelul costului medical, ale consolidării și modernizării bazei tehnic-materiale a ocrotirii sănătății, ale îmbunătățirii calității asistenței medicale generale și de urgență, ale funcțiilor ei profilactice, curative,



Scanned with OKEN Scanner

de reabilitare și recuperare, problemele organizării și funcționalității exemplare ale structurilor și infrastructurilor medicale, constituie aspecte de primă importanță, pe care le are în vedere, cu prioritate, programul trasat de P.C.R. în domeniul medical.

Printre cele mai importante obiective urmărite se enumeră :

a) creșterea eficienței asistenței de medicină generală (asigurarea permanenței medicale în toate zonele și la toate nivelurile sectorului de ocrotire a sănătății) ;

b) perfecționarea asistenței medicale a bolilor cardio-vasculare și a celor digestive ;

c) dezvoltarea și extinderea dispensarizării și asistenței medicale a populației vîrstnice ;

d) îmbunătățirea asistenței medicale și ocrotirii sănătății mamei, copilului și tineretului ;

e) intensificarea și creșterea eficienței în combaterea și prevenirea bolilor transmisibile și în activitatea de supraveghere a condițiilor de igienă ;

f) îmbunătățirea asistenței cu medicamente.

„Scopul întregii noastre activități economice și sociale, țelul suprem al politicii partidului nostru, esența misiunii sale istorice și de transformare revoluționară a societății și de făurire a noii orînduiri, este ridicarea nivelului de trai material și spiritual al întregului popor, în concordanță cu necesitățile fiziologice, științifice și cu cerințele spirituale generate de progresul neîntrerupt al cunoașterii umane..."

În realizarea acestui scop, activitatea socială și medicală de cunoaștere și combatere a bolilor, de asigurare a unui status deplin de sănătate membrilor societății, constituie un element de bază.

Noile coordonate ale revoluției tehnice și științifice au deschis căi ce impun cu necesitate și medicinei să ia decizii în legătură cu alternativele cu care este confruntată. Progresul economic determină progresul stării de sănătate a populației, iar dinamica vieții social-economice, sub impulsul exploziv al progresului tehnic contemporan, cere integrarea medicinei în procesele dezvoltării social-economice. Știința a schimbat medicina în aceeași măsură în care industrializarea a schimbat societatea.

Valoarea pentru sine și societate a individului este legată de productivitatea acestuia, iar productivitatea depinde desigur de o sănătate solidă, care va putea prospera numai în cadrul unei bune productivități sociale.

Sănătatea este o problemă socială care contribuie la progresul social, economic și depinde în același timp de acesta. Această noțiune, în care se împletesc elemente culturale, economice, politic-morale și idealuri estetice și etice, trebuie înțeleasă ca cea mai de preț bogăție socială. De aceea, medicina modernă trebuie să țină seama de structura, funcțiile, mecanismele și dinamica proceselor sociale, economice, de amplele mutații în structurile social-profesionale ale populației și de faptul că problema sănătății și a bolii nu are doar un caracter strict profesional, ci și unul social. Sănătatea nu este un dar dat odată pentru totdeauna ; ea este o resursă naturală permanent amenințată de boală și care trebuie menținută, promovată prin activități neîntrerupte de educație, de instrucție.



Scanned with OKEN Scanner

Medicina, ca știință a celor sănătoși și bolnavi, a devenit o instituție socială ; țelul ei este de a menține pe indivizi adaptați mediului, ca membri folositori ai societății, familiei, producției. Îngrijirea sănătății este o sarcină socială care cere eforturi coordonate ale organelor de sănătate, ale școlii medicale, educatorului, ale medicului ca expert în probleme în cadrul cărora trebuie să vadă oamenii înainte de a fi bolnavi și să-i sfătuiască cum să-și mențină sănătatea.

Trebuie ca toate forțele medicale și alte competențe să continuie și să amelioreze cercetările, în concordanță deplină cu beneficiarii, populația, omul. Medicina, împreună cu științele sociale, trebuie să dea răspunsuri problemelor majore pe care le ridică sănătatea și boala în condițiile civilizației și să ofere modalități programatice, strategice, corespunzătoare nevoilor și intereselor reale ale societății, așteptărilor populației, avînd ca obiectiv de cercetat „omul" și sănătatea acestuia, scopul suprem al orînduirii noastre. În societatea socialistă aceste probleme constituie o preocupare vie a partidului și statului, care orientează acțiunile de sănătate publică și sugerează soluții în problemele legate de perfecționarea asistenței medicale, prin inițierea unor programe prioritare în direcția dezvoltării activității profilactice, modernizării și perfecționării pregătirii profesionale, medicale și îmbunătățirii calitative a asistenței sanitare. Menirea medicinei este de mare importanță într-o societate activă care încearcă să domine natura. Medicina pe plan social se integrează continuu în cele trei mari procese social-economice : industrializare, urbanizare, școlarizare. La asigurarea integrării medicinei în procesul dezvoltării social-economice contribuie, în mare măsură, structura economică și socială a societății socialiste, locúl acordat de societate sănătății și bolii, sarcinile pe care societatea le trasează medicinei, tehnologia care stă la îndemîna acesteia, precum și autoritatea și prestigiul pe care trebuie să le aibă în etapa actuală științele medicale industrializate și specializate. Acestea solicită asistenței medicale noi tipuri de servicii pentru a satisface o gamă largă de nevoi, conform particularităților progresului tehnic, economic și social, ca și exigențelor populației.

În acest scop, științele medicale, de comun acord cu cele sociologice, psihologice, antropologice etc., cu forurile economice, trebuie să studieze în continuare factorii de mediu, de adaptabilitate, de ambianță, efectele lor obiective și subiective, cauzele morbidității, invalidității și dezadaptării și să preconizeze măsuri corespunzătoare medicale, sociale, în direcția cea mai acceptabilă pentru societate. Din dialogul continuu dintre componentele vieții noastre medicale din învățămînt, cercetare, practică (îngrijire), se pot dezvolta criterii pe care să ne bazăm deciziile care vor angaja viitorul medicinei.

Medicina este confruntată în prezent cu probleme spectaculoase care cu o generație în urmă erau imprevizibile.

Printre problemele majore din punct de vedere tehnic figurează creșterea exponențială a masei de informații ce trebuie integrate și din punct de vedere sociologic, creșterea de cereri de servicii medicale care vor depăși capacitățile actuale de organizare.

În concordanță deplină cu imperativele majore ale societății noastre socialiste, în documentele programului P.C.R. la Congresul al XI-lea se subliniază că : „medicina românească va trebui să-și propună cunoașterea



Scanned with OKEN Scanner

mai aprofundată a fenomenelor biologice legate de acomodarea funcției umane la viața modernă, de frînare a proceselor degenerative ale organismului uman și prelungirea duratei vieții active a omului, de dezvoltarea sănătoasă, echilibrată, fizică și psihică a tuturor membrilor societății, paralel cu evoluția armonioasă a relațiilor sociale noi", obiective dezbătute și în cadrul Congresului al XII-lea al P.C.R.

Activitatea medicală trebuie privită atît prin prisma caracterului social al prestațiilor, cît și prin cea a contribuției acestora la îmbunătățirea raportului dintre societate, muncă, productivitate.

Analiza randamentului uman în exercitarea sarcinilor de producție, adaptarea la posibilitățile organismului a elementelor materiale și organizatorice ale procesului de muncă în scopul stabilirii elementelor medicale de care trebuie să țină seama organizarea științifică a producției, constituie probleme majore ale medicinei actuale.

### 7.5.4. CERCETAREA ȘTIINȚIFICĂ MEDICALĂ ÎN LUMINA EXIGENȚELOR ACTUALE. INDICATORII STĂRII DE SĂNĂTATE

Cercetarea științifică medicală include în prezent obiective noi, legate de aprofundarea cunoașterii fenomenelor biologice, legate de adaptarea oamenilor la cerințele vieții moderne, prevenirea îmbolnăvirilor, frînarea proceselor degenerative ale organismului, prelungirea duratei vieții și a perioadei de activitate a omului, aplicarea de noi metode și tehnici de diagnostic, tratament și recuperare, utilizarea intensivă a resurselor indigene, a plantelor medicinale și a factorilor naturali de cură.

Aceste obiective răspund necesităților actuale de ridicare a bunăstării materiale și spirituale a membrilor societății, ridicarea nivelului calității vieții.

Ca indicator sintetic care consemnează de fapt, un anumit nivel al dezvoltării sociale, determinat de o varietate de condiții materiale și spirituale și, reflectat în expansiunea cantitativă și performanța calitativă a bunurilor și serviciilor aflate la dispoziția membrilor societății, calitatea vieții include, ca o componentă de bază, bunăstarea materială și spirituală. Această dimensiune care poate fi considerată atît ca suport, cît și ca finalitate a procesului de edificare a unui standard cît mai ridicat de viață al populației, apare nemijlocit legată de alte componente, printre care starea de sănătate a populației deține un rol de prim ordin.

Astfel, definiția pozitivă elaborată de O.M.S., în afara faptului că extrapolează valențele actului medical dincolo de limitele-i strict curativiste, atrag atenția asupra necesității luării în considerare a stării de sănătate a populației, ca parte integrantă a analizei calității vieții și, implicit, a componentei ei fundamentale, bunăstarea socială. Astăzi, mai mult ca oricînd, sănătatea și bunăstarea socială au devenit obiective complementare, la rezolvarea cărora întreaga societate trebuie să contribuie. Integrarea structurală a îngrijirii sănătății în sistemul de „îngrijire" a bunăstării sociale se impune cu atît mai mult, cu cît toate componentele bunăstării sociale nu sînt independente sau autonome, ci se influențează și se determină reciproc.



Scanned with OKEN Scanner

Fiind în strînsă legătură cu elaborarea indicatorilor sociali, mai ales cei care caracterizează nivelul de viaţă al unei populaţii, elaborarea indicatorilor de sănătate reprezintă un domeniu în care se exercită una dintre cele mai importante funcţii ale organului central de decizie, şi anume planificarea. Ca şi în alte domenii ale vieţii sociale, planificarea în subsistemul medico-sanitar are un dublu caracter: intern (concretizat prin corelarea obiectivelor interne) şi extern (bazat pe corelarea acestor obiective cu alte obiective, specifice altor subsisteme). Ca urmare, elaborarea indicatorilor de sănătate nu poate face abstracţie de elaborarea celorlalţi indicatori sociali, cu ajutorul cărora se poate realiza complet evaluarea calităţii vieţii. În domeniul ocrotirii sănătăţii, activitatea de planificare se bazează, practic, pe indicatori care caracterizează nivelul de viaţă al populaţiei.

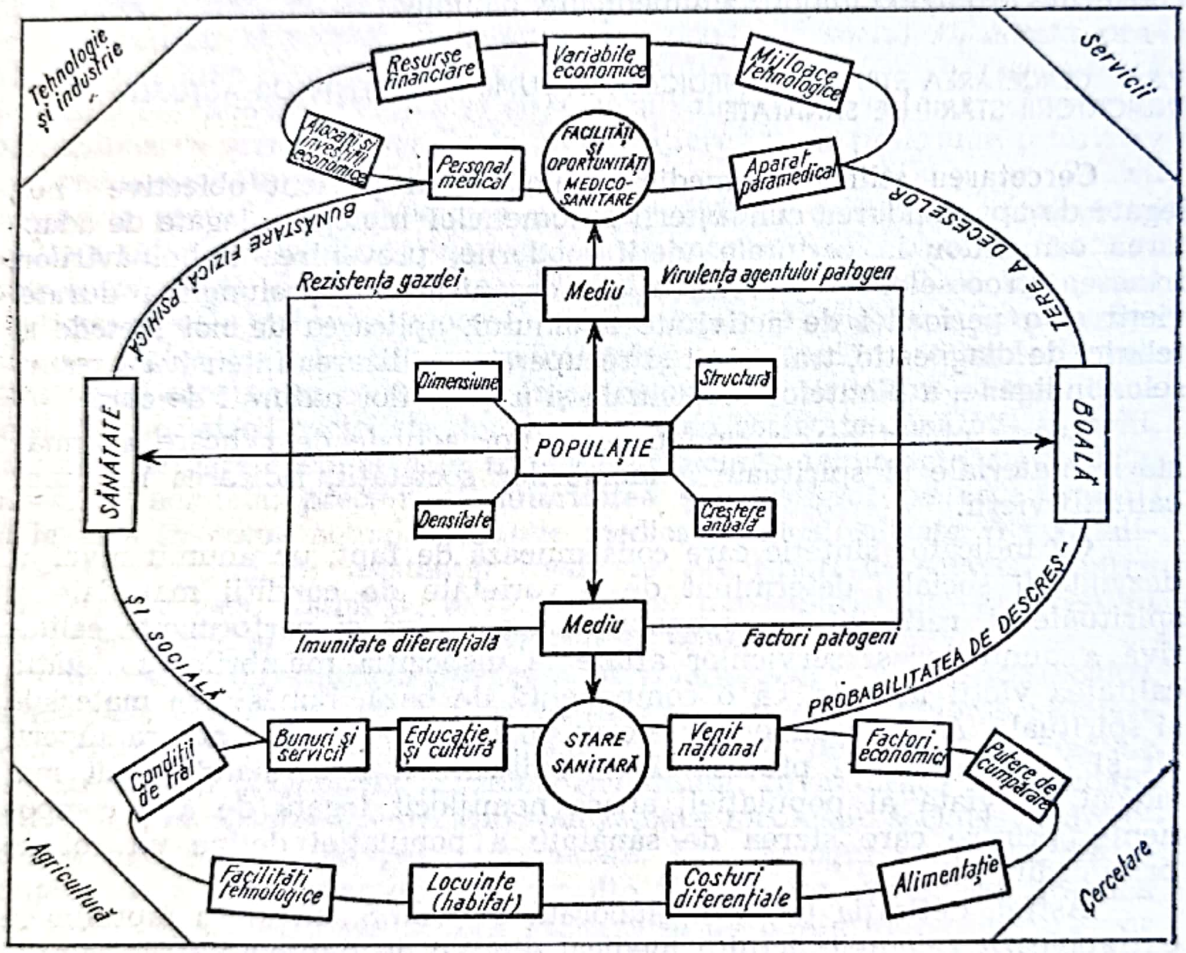



*Fig. 21* — **Sistemul indicatorilor stării de sănătate.**

Aceşti indicatori, determinînd standardul de viaţă al unei populaţii din punctul de vedere al gradului de asigurare a unor bunuri materiale şi spirituale, sînt într-o strînsă legătură cu indicatorii de sănătate, corelîndu-se nemijlocit în procesele de planificare elaborate de diferite organisme guvernamentale. Desigur, trebuie făcută precizarea că nivelul calităţii vieţii evaluat de aceşti indicatori este o categorie istorică care depinde şi, totodată, variază de la o ţară la alta, în funcţie de natura



Scanned with OKEN Scanner

producției, a distribuției, schimbului și consumului, în funcție de mărimea produsului social total și de fondurile de consum social corespunzătoare. În ceea ce privește indicatorii legați de protecția sănătății, aceștia diferă și în funcție de diferitele principii ale sistemelor naționale de planificare. Se admite însă că, aceste principii se referă în majoritate la obiective comune, considerîndu-se că planificarea ocrotirii sănătății se bazează totdeauna pe indicatorii caracteristici standardelor de viață ale populației.

Orice proiect de dezvoltare a sectorului ocrotirii sănătății trebuie formulat numai în termenii acestor principii, iar prognoza șanselor sale de realizare se formulează în termeni de indicatori sociali. La rîndul lor, indicatorii specifici de sănătate pot măsura atît performanțele subsistemului sanitar în ansamblul său, cît și performanțele înregistrate la nivelul altor subsisteme sociale.

În cadrul elaborării indicatorilor sociali cu ajutorul cărora se poate evalua nivelul calității vieții, precizarea indicatorilor cu privire la sănătatea publică ocupă un loc aparte. Aceasta, pentru că pe de o parte preocuparea pentru starea de sănătate este o constantă a oricărui program de evaluare a standardelor de viață a populației, iar pe de altă parte, pentru că așa-numiții indicatori „sintetici" ai stării de sănătate (cum ar fi rata mortalității, cea a morbidității și speranța de viață la naștere) constituie un exemplu privilegiat de indicatori sociali operaționali.

Totuși, cum observă specialiști reputați în acest domeniu, nici aici situația nu este chiar atît de clară, în măsura în care datele privind mortalitatea nu reflectă fenomenul de sănătate în totalitatea sa dinamică și în condițiile în care creșterile speranței de viață sînt — datorită incidenței morbidității de tip cronic-degenerativ — cît se poate de reduse, dacă nu chiar nule. Desigur, planificatorii sistemului de sănătate utilizează o gamă variată de indicatori (număr de medici la 1 000 de locuitori, număr de paturi de spital la 1 000 de locuitori, consum medical pe cap de locuitor ș.a.m.d.). Totuși, sînt necesare clasificarea acestora și considerarea celor care sînt mai utili pentru evaluarea nivelului calității vieții. Trebuie menționat că unii indicatori care evaluează costul economic și social al sănătății nu apar eficienți, întrucît nu pot măsura eficacitatea acțiunilor întreprinse și, totodată, sînt utilizați în contexte sociale și politice diferite.

A preveni sau a vindeca o anumită boală este o problemă de opțiune socială, care depinde de contextul social-politic în care se exercită actul medical, de resursele și disponibilitățile de care dispune societatea. Deoarece legătura dintre starea de sănătate a unei populații și nivelul calității vieții face necesară exprimarea stării reale de sănătate în termenii rezultatului final (output), făcînd abstracție de intrările în sistem (inputuri), trebuie făcută de la început distincția între indicatorii de stare (de eficacitate) și cei de funcționare a sistemului de sănătate.

Din acest punct de vedere cei mai utili indicatori de stare sînt cei care permit integrarea sănătății în contextul social mai larg, corelînd performanțele subsistemului sănătății cu realizările obținute în alte subsisteme de activitate socială. De exemplu, creșterea nivelului cultural



Scanned with OKEN Scanner

al populației, eficiența protejării mediului ambiant, realizările obținute în creșterea și educarea tinerei generații, ridicarea gradului de confort locativ, progresele obținute în igiena alimentației și a muncii, sînt numai cîțiva din factorii care interacționează îndeaproape cu starea de sănătate a populației, alcătuind un ansamblu contextual al performanțelor obținute în creșterea nivelului calității vieții.

În practica construcției indicatorilor sociali în general și a indicatorilor de sănătate în special, calitatea unui indicator fidel depinde de capacitatea acestuia de transpunere în indici cantitativi, lucru care apare mai greu de realizat în absența unor scări de măsurare și a unor criterii potrivite. Deoarece sănătatea este o noțiune care acoperă o realitate individuală sau colectivă, și pentru că este definită pe rînd ca nevoie, ca valoare socială, ca ideal social sau obiect al unei politici, trebuie precizat criteriul orientării analizei pentru a lua în considerare exact domeniul cercetat.

Dacă considerăm sistemul sanitar ca un domeniu înzestrat cu o autonomie relativă, desigur că și problemele sănătății trebuie raportate la sistemul său de resurse umane, materiale și financiare. Dacă plasăm problematica sănătății în contextul social mai larg, în corelație cu celelalte probleme sociale, evoluția permanentă a societății, a componentelor ei, obligă permanent la considerarea unei stări relative a domeniului, a unui grad anumit de dezvoltare a sănătății, în consens cu realizările altor subsisteme sociale. Sînt numeroase cazurile cînd statisticile sanitare pot deruta, exprimînd o schimbare bruscă a stării de sănătate a populației, fie ca urmare a modificării metodelor de recoltare a informațiilor, fie ca urmare a progreselor medicinei în rîndul anumitor boli sau ale nosologiei și cunoașterii etiologiei acestora. În măsura în care trecerea de la sănătatea ca stare individuală la sănătatea ca stare colectivă este un puternic reductor de informații, agregarea indivizilor reabilitați în urma unor afecțiuni nu poate constitui și nici nu constituie un indiciu de performanță a serviciilor medicale. De aceea, performanțele înregistrate de sistemul medical în reducerea mortalității, morbidității sau incapacității de muncă, trebuie corelate cu efectul general înregistrat de societate, ca urmare a recuperării valorii vieții umane. Datorită faptului că sănătatea este o puternică resursă funcțională, manifestată și în capacitatea optimă pentru indivizi de a-și realiza rolurile pentru care au fost socializați, trebuie „plecat de la postulatul că suma pe care o investește societatea pentru a păstra viața unuia dintre membrii săi poate egala pierderea economică pe care o poate înregistra ca urmare a încetării totale a activității individului". Astfel, performanța cea mai deplină pe care sistemul de sănătate o poate realiza în legătură cu salvgardarea vieții umane se manifestă în descreșterea morbidității, creșterea securității sociale și sporirea satisfacțiilor consumatorilor față de accesul la îngrijiri medicale, indicatori aflați în nemijlocită legătură cu ceilalți indicatori sociali și, împreună cu care pot să aducă o clarificare metodologică problemei evaluării calității vieții.

În țara noastră, un rol important în evaluarea nivelului calității vieții, a stării de sănătate a membrilor societății l-a jucat în toți acești



Scanned with OKEN Scanner

ani cercetarea științifică medicală în domeniul îmbunătățirii asistenței medicale a populației, al cunoașterii unor factori producători de boală, al realizării unor vaccinuri și produse biologice noi, a unor medicamente pentru tratamentul cancerului, reumatismului, bolilor cardiovasculare, digestive, renale, respiratorii, endocrine și de piele, cit și în domeniul creării și perfecționării aparaturii medicale (aparatură Röntgen, electrocardiografe, microscoape, aparate de fizioterapie și de laborator, proteze auditive etc.).

În măsura în care nu toate institutele de cercetări au acordat atenția necesară studierii fenomenelor socio-medicale din țara noastră, renunțînd la unele cercetări cu caracter imediat, și în condițiile în care planul de cercetare n-a fost permanent adaptat cunoașterii problematicii stării de sănătate din țara noastră, documentele de partid și noua lege sanitară prevăd obiective noi, cu caracter imediat și de perspectivă, orientate către o mai bună corelare a planurilor de cercetare ale Academiei de științe medicale și Uniunii Societăților de Științe Medicale cu necesitățile curente.

Astfel, în „Programul-directivă de cercetare științifică, dezvoltare tehnologică și de introducere a progresului tehnic în perioada 1981—1990 și direcțiile principale pînă în anul 2000", sînt prevăzute obiective noi pentru planurile cercetării științifice medicale, integrate astfel în planul național unic de cercetare științifică. Document de mare însemnătate teoretică și practică „Programul-directivă" prevede că obiectivul fundamental al cercetării medicale „trebuie să-l constituie menținerea și întărirea sănătății fizice și intelectuale a tuturor cetățenilor patriei, prelungirea duratei vieții active, dezvoltarea viguroasă a omului, a întregului nostru popor. În acest scop, cercetarea va pune accentul pe cunoașterea aprofundată a proceselor funcționale ale organismului uman și valorificarea pe scară largă a cuceririlor biologiei moderne, pentru prevenirea și reducerea îmbolnăvirilor".

Sînt prevăzute totodată, obiective esențiale în domeniul : a) studierii multilaterale a necesităților fiziologice ale omului, în vederea fundamentării, în funcție de condițiile geografice specifice țării noastre, a unor norme raționale și optime, care să asigure dezvoltarea armonioasă a omului și a forțelor sale creatoare ; b) al cercetării factorilor mediului înconjurător, al condițiilor de igienă a vieții și muncii, în vederea creșterii posibilității de adaptare a organismului uman ; c) al investigării posibilităților de prevenire și reducere a gravității bolilor cronice, de prevenire și combatere a bolilor transmisibile, de îmbunătățire a mijloacelor terapeutice și recuperării capacității de muncă ; d) al inițierii unor studii, împreună cu cercetarea chimică, electronică și din domeniul construcției de mașini, în vederea realizării de noi medicamente și de aparatură medicală perfecționată (390).

Consiliul național pentru știință și tehnologie, împreună cu Ministerul Sănătății vor răspunde de îndeplinirea acestor obiective, care pot să aducă contribuții substanțiale rezolvării problemelor sănătății populației și cerințelor dezvoltării armonioase, fizice și psihice a omului. Din acest punct de vedere, îndeplinirea sarcinilor derivate din „Programul directivă" se circumscriu în mod creator în realizarea obiectivelor planului unic de cercetare științifică medicală. Totodată, cercetarea



Scanned with OKEN Scanner

științifică medicală este împletită cu activitatea de asistență și de învățămînt medical, iar la realizarea acestuia participă și unități de cercetare din alte domenii și ramuri de activitate. Atît Academia de științe medicale, cît și celelalte institute, centre și colective de cercetare medicală, instituțiile de învățămînt superior medical și farmaceutic, spitalele clinice, sînt obligate să realizeze obiectivele ce le revin prin planul unic de cercetare, să urmărească valorificarea în practica medicală și activitatea de microproducție a rezultatelor cercetării științifice și să acorde asistență tehnică de specialitate pentru unitățile de profil din rețeaua sanitară, să asigure, și, după caz, să sprijine activitățile de formare și perfecționare a cadrelor.

În domeniul bolilor cardiovasculare temele prioritare ale cercetării medicale trebuie să asigure, prin soluții practice, creșterea posibilităților de depistare cît mai din vreme a îmbolnăvirilor, de identificare a factorilor de risc, pentru o recuperare completă și rapidă a capacității de muncă. Pentru bolile canceroase sînt prevăzute multiple studii privind metodele de diagnostic primar și de diversificare a tratamentului. În vederea perfecționării normelor de alimentație rațională se vor adînci studiile pe grupe longitudinale de populație, în legătură cu necesitățile energetice ale organismului, în raport cu vîrsta și natura activității profesionale. Cercetările privind utilizarea intensivă a factorilor naturali în tratamentul preventiv și de recuperare al reumatismului și bolilor cronice vor fi și ele extinse, la fel ca și studiile privind influența negativă asupra organismului uman a unor deprinderi cum sînt: alimentația nerațională, abuzul de tutun, sedentarismul etc.

În concordanță cu obiectivele cercetării științifice naționale în etapa actuală, cercetarea în domeniul medicinei sociale se va dezvolta astfel, încît să asigure soluții optime în vederea îmbunătățirii procesului de programare, planificare și evaluare sanitară, avînd drept scop o mai bună cunoaștere și satisfacere a nevoilor de prestații sanitare ale întregii populații, la un nivel calitativ ridicat și cu o eficiență economică sporită.

În această acțiune socială cu rezonanțe deosebit de profunde pentru viața colectivităților umane, cercetarea socio-medicală, promovată cu ajutorul tehnicilor și metodelor de sociologie a medicinei, poate să aibă o contribuție de bază.

Scanned with OKEN Scanner

# 8.
# OBIECTIVE ȘI PRIORITĂȚI ÎN ELABORAREA STRATEGIILOR MEDICINEI PREVENTIVE

„Înțelegerea reală a dramei omului bolnav nu poate fi rezolvată exclusiv printr-o medicație și un concediu. O asemenea rezolvare ignorează sociologia procesului de îmbolnăvire și nu poate să aibă decît o eficiență mediocră și o contribuție indirectă la cronicizare"

ȘTEFAN MILCU

Sănătatea reprezintă una din valorile de cea mai mare importanță pentru orice societate, iar alterarea sau deteriorarea ei este un pericol care amenință nu numai bunăstarea membrilor ei, dar chiar propria-i funcționare și dezvoltare. Ca resursă „naturală", permanent amenințată de boală sau de moarte, sănătatea se manifestă în cadrul ansamblului social ca o valoare fundamentală, a cărei promovare și socializare crescîndă în rîndul indivizilor constituie unul dintre scopurile cele mai importante ale oricărei societăți. De aceea, și în măsura în care ea nu reprezintă un „dar" dat odată pentru totdeauna, ci necesită continue îmbunătățiri și dezvoltări, oamenii întemeiază numeroase instituții sociale, care au ca scop conservarea, apărarea și dezvoltarea valorii sănătății la nivel individual, dar mai ales social. Totalitatea acestor instituții, între care se stabilesc diferite forme de legături referitoare la protejarea sănătății ca valoare socială, alcătuiește complexul instituțional al practicii medicale sau ceea ce se numește de obicei sistemul de servicii și organizații de ocrotire a sănătății *.

Acest sistem constituie o parte componentă, în realitate un subsistem, a sistemului (macrosistemului) social integral care apare structurat și ierarhizat în multe alte sisteme, care îndeplinesc în mod specializat diferite funcții sociale cu rol de apărare și dezvoltare a altor valori decît sănătatea. Totuși, se poate considera cel puțin pentru o parte dintre ele, că în cadrul multiplelor scopuri pe care și le propun aceste subsisteme, sănătatea ocupă un loc de bază. Un scop social repre-

* Menționăm că, indiferent de modul semantic prin care desemnăm în tot cuprinsul acestui capitol ansamblul instituțiilor și organizațiilor medicale (complex instituțional al practicii medicale, sistem de îngrijire medicală, subsistem al ocrotirii sănătății etc.), avem în vedere același conținut de fond, care se referă la autonomia și legitimitatea serviciilor și organizațiilor medico-sanitare în cadrul oricărei societăți.



Scanned with OKEN Scanner

zintă o valoare care se realizează sau care cel puțin devine realizabilă în anumite condiții. Practica medicală organizată în cadrul unui larg sistem de relații, de instituții, atitudini, comportamente, resurse, asigură condițiile promovării sănătății la nivel social și protejează indivizii contra pericolelor sau eventualelor riscuri ale bolii. Orice colectivitate umană, de-a lungul evoluției sale istorice, a căutat să asigure asemenea condiții membrilor ei și, pentru aceasta, într-o formă sau alta, a elaborat diferite reacții față de boală, creînd instituții pentru prevenirea sau combaterea ei.

Instituțiile medicale, serviciile și organizațiile de ocrotire a sănătății reprezintă un domeniu distinct al sociologiei medicinei, complementar însă celorlalte direcții de aplicare a cunoașterii sociologice în cîmpul medical. Există desigur și alte discipline (medicale) care se ocupă de asemenea probleme, dar din punctul de vedere al modului în care instituțiile medicale își exercită funcțiile de promovare a sănătății ca valoare socială, al relației dintre ele și celelalte instituții sociale, al raporturilor lor cu membrii societății, interpretarea sociologică reprezintă una din cele mai potrivite perspective de interpretare. În general, domeniul instituțiilor și organizațiilor sociale reprezintă o ramură a sociologiei generale, una din multiplele sociologii particulare, specializate, care are ca scop descrierea sistematică, ca și explicarea teoretică (cu aplicații practice însă) a carcteristicilor sociale care definesc fenomenul instituțional.

În măsura însă, în care în cadrul majorității sociologiilor particulare, se înregistrează astăzi o tendință de specializare crescîndă, care împarte domeniul abordat în mai multe sectoare de studiu, optăm pentru considerarea sociologiei instituțiilor și organizațiilor medicale ca parte componentă a unei sociologii cu scopuri mai largi, sociologia medicinei, care la rîndul ei constituie o ramură specializată a sociologiei generale. Distincția este oricum relativă, pentru că în teorie, ca și în practică, între cele două domenii (sociologia particulară a instituțiilor și domeniul sociologiei medicinei, care se ocupă de instituțiile medicale) nu există decît raporturi complementare, atît pe plan teoretic, noțional, cît și metodologic.

Date fiind aceste precizări, putem stabili, în continuare, care sînt caracteristicile, structurile și funcțiile instituțiilor medicale, cum se pot clasifica ele și în ce raporturi se află cu societatea și cu celelalte instituții ale acesteia. Răspunsul la toate aceste întrebări ne dă posibilitatea unei abordări globale a funcțiilor sociale ale medicinei, pentru a putea evalua în ce măsură și în virtutea căror scopuri și valori se integrează ea în ansamblul instituțional al societății.

## 8.1. FUNCȚII ȘI STRUCTURI ALE SISTEMULUI MEDICAL PREVENTIV

Funcția principală a oricărei instituții sociale constă în asigurarea și elaborarea unor posibilități de satisfacere a diferitelor nevoi, pe care membrii unei societăți le solicită în cursul vieții lor.

Desigur, există multe funcții care nu mai sînt de ordin strict utilitar, dar, în marea lor majoritate, funcțiile unei instituții se rapor-



Scanned with OKEN Scanner

tează la îndeplinirea anumitor nevoi. Orice nevoie răspunde unor cerințe obiective, dar și subiective, iar îndeplinirea ei are loc totdeauna sub controlul social al unui complex instituționalizat. Instituția preia acest rol și-l exercită prin intermediul structurilor și funcțiilor care o definesc în raport cu ansamblul. Se poate considera, într-un anumit fel, că nevoia creează instituția și la rîndul ei, aceasta îi creează premisele de satisfacere. Cunoscutul antropolog Bronislaw Malinowski arăta că modurile de comportare ale omului, deci și instituțiile care organizează aceste comportamente în forme de activitate semnificativă, iau naștere în primul rînd datorită nevoilor biologice ale oamenilor. Pornind de la această idee, el a dezvoltat o teorie funcționalistă a culturii, potrivit căreia toate activitățile și instituțiile oamenilor sînt legate de străduințele lor de a-și rezolva nevoile fundamentale în primul rînd, pentru a supraviețui ca organisme biologice și a prospera ca indivizi sociali (108).

Dincolo de caracterul biologizant al acestei concepții despre nevoi, există, cel puțin pentru cazul instituțiilor medicale, elemente care demonstrează rolul lor în rezolvarea nevoilor oamenilor de a supraviețui, de a combate și a preveni efectele bolilor.

Aceasta, cu atît mai mult, cu cît o mare parte a activității instituțiilor medicale nu este dedicată numai aspectelor strict biologice ale bolii, exclusiv terapeutice, ci și celor sociale, care implică responsabilitatea mediului pentru problemele vieții colective a bolnavilor. „Deși se pot crea instituții care să se ocupe direct de nevoile fundamentale evidente ale omului, toate sînt mai mult sau mai puțin incluse în încercarea de a

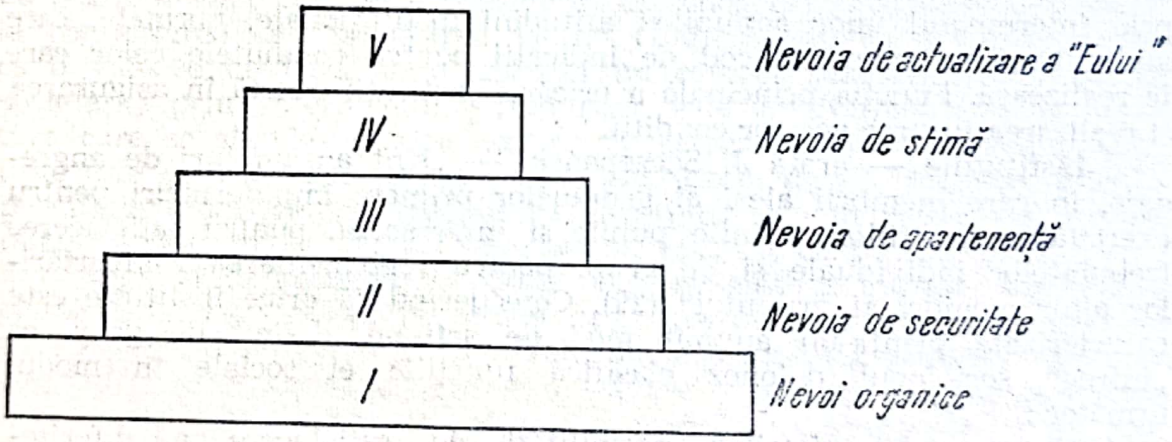



*Fig. 22* — Dispunerea ierarhică a nevoilor individului (Maslow).

servi alte nevoi fundamentale ale omului și, mai obișnuit, nevoi, care în cel mai bun caz pot fi indirect legate de nevoile omului ca organism“ (108).

Încercînd să ierarhizeze nevoile fundamentale pe care le are orice individ uman de-a lungul evoluției personalității sale, A. Maslow, cunoscut profesor de la Brandeis University, a conceput o paradigmă, cunoscută sub denumirea de „piramida nevoilor“ care cuprinde structura ilustrată în fig. 22.

Se observă că la baza piramidei stau nevoile organice, ca elemente primare ce condiționează personalitatea, urmate apoi de alte

nevoi, care se ierarhizează în funcție de importanța lor pentru individ și de domeniul la care se referă (de securitate, apartenență, stimă, actualizare). Orice acțiune sau comportare umană, consideră Maslow, se află sub imperiul necesității satisfacerii acestor nevoi, din care primele, deși inferioare în ierarhia umană, sînt fundamentale. Cînd una din aceste nevoi nu este satisfăcută sau este îndeplinită deficitar, individul se îmbolnăvește, devenind un „marginal". Majoritatea nevrozelor, consideră autorul, sînt boli de deficit, provenind din sentimentul de frustrare al individului, în raport cu nesatisfacerea nevoilor sale de natură psihosocială. „Dezvoltat în cazul particular al necesităților biopsihologice, conceptul de frustrare poate fi generalizat pentru cazul satisfacerii oricărei necesități" (103). În legătură cu nesatisfacerea nevoilor, Maslow consideră că aceasta are următoarele consecințe : 1) declanșează sau agravează boala ; 2) este un element care atrage după sine deficiențe funcționale ; 3) are un caracter dezagreabil ; 4) este resimțită în mod afectiv. Ea este absentă la individul sănătos, pe care orice societate și-l propune ca scop de bază (98).

Paradigma piramidei nevoilor, concepută de Maslow, evidențiază astfel legătura care se stabilește între nesatisfacerea anumitor nevoi și starea de boală, relevînd că orice trebuință a individului, resimțită ca o nevoie fundamentală, reclamă totodată asigurarea condițiilor ei de satisfacere de către societate. Aceasta reglementează, prin intermediul mai multor instituții specializate, acțiunea de satisfacere a nevoilor individuale, menținîndu-se la un nivel socialmente corespunzător. Orice satisfacere a nevoilor trebuie deci să se desfășoare în mod reglementat, prin intermediul unor acțiuni și atitudini instituționale, normate, care au la bază un adevărat cod de indicații pentru conduitele celor care le realizează. Funcția principală a oricărei instituții constă în asigurarea și realizarea tuturor acestor condiții.

Instituțiile — arată J. Szczepański — „sînt ansambluri de angrenaje, în care membrii aleși ai grupurilor primesc împuterniciri pentru exercitarea funcțiilor definite public și impersonal, pentru satisfacerea trebuințelor individuale și de grup, pentru reglementarea comportărilor altor membri ai grupului" (29). Considerînd că orice instituție este caracterizată printr-un anumit mod de acțiune, definit de grup ca „întreg", sociologul polonez clasifică funcțiile ei sociale în modul următor :

a) creează locuitorilor posibilități de satisfacere a diferitelor nevoi ;

b) reglementează acțiunile locuitorilor în cadrul relațiilor sociale, adică asigură exercitarea funcțiilor dorite și reprimarea comportărilor nedorite ;

c) asigură continuitatea vieții sociale și cursivitatea funcțiilor publice, deoarece, cu toate schimbările locuitorilor, ale diferitelor persoane, funcțiile importante pentru viața colectivă sînt executate în permanență în cadrul instituțiilor ;

d) realizează o integrare a aspirațiilor, acțiunilor și relațiilor indivizilor și întăresc sudura interioară a colectivității prin îndrumarea activității oamenilor, prin reprimarea acțiunilor antisociale, fiind centre de concentrare.



Scanned with OKEN Scanner

Punctînd aceleași idei, Emilio Willems consideră instituția ca un „ansamblu format din idei, tipuri de comportamente, tipuri de raporturi între oameni și, adesea, un echipament material, toate organizate în jurul unui centru de interes social recunoscut" (99).

În domeniul medicinei, apariția primelor instituții este legată de caracterul colectiv al reacțiilor față de boală, de înțelegerea faptului că sănătatea reprezintă o valoare de cea mai mare importanță pentru buna funcționare a unei societăți și, în măsura în care ea este permanent amenințată, trebuie găsite căile protejării, menținerii și dezvoltării ei. Medicina ca instituție s-a orientat încă de la începutul dezvoltării ei, către neutralizarea, eliminarea sau diminuarea (uneori prevenirea) efectelor bolii asupra capacității funcționale a membrilor societății, mobilizînd toate resursele colective către combaterea lor. Se poate considera că un aspect principal al dominării naturii de către om a constat în crearea posibilității de instituire a unor mecanisme de control asupra sănătății, ca resursă naturală, totdeauna amenințată de boală.

Investirea ei cu atributele unei valori sociale, fundamentale, a făcut din medicină, din instituțiile și organizațiile ei, un sistem cu funcții deosebit de importante pentru societate.

Referindu-se la relația care se stabilește între substratul natural și modul social de manifestare al unei valori în general, R. Müller-Freienfels considera viața ca principiul cel mai general al valorii : „Pretutindeni acolo unde vorbesc despre valoare, există la bază un raport cu o ființă vie ; ceva este considerat ca valoare numai cînd contribuie la conservarea sau propășirea vieții" (100). Sănătatea se arată astfel, ca o valoare de bază, care necesită un control permanent din partea societății, prin intermediul structurilor sale instituționale, prin legătura care se stabilește între acestea și sistemul medical. Fiecare instituție este caracterizată prin propriul său sistem de control, care asigură premisele obiective ale îndeplinirii funcțiilor sale în raport cu o anumită valoare, cu un anumit scop social, resimțit ca fundamental.

Distribuția valorilor în sînul unei societăți a marcat prelucrarea și specializarea acestora în cadrul unor instituții cu rol social diferențiat, în raport cu scopurile generale ale ansamblului societății. În măsura în care sănătatea a devenit o valoare socială cu resurse inestimabile pentru colectivitate, necesitatea conservării și promovării ei în rîndul membrilor societății a impus crearea unor instituții specializate, care să concentreze resursele medicale și să permită mobilizarea lor în mod util, în raport cu cerințele imediate și de perspectivă.

Istoria complexului instituțional medical este așadar parte integrantă a istoriei instituțiilor și organizațiilor sociale, în rîndul cărora s-a impus ca avînd un rol aparte.

Condițiile apariției, ale evoluției funcțiilor și structurilor sale interne, au depins în cea mai mare măsură de posibilitatea concentrării unor resurse și mijloace sociale, într-un sistem organizat, specializat și ierarhizat, cu posibilități și mecanisme de control asupra membrilor grupurilor sale profesionale, ca și asupra solicitanților din rîndul publicului. Apărut inițial din necesitatea rezolvării unor nevoi vitale pentru societate, sistemul de îngrijire medicală a evoluat permanent, pentru



Scanned with OKEN Scanner

a ajunge în prezent unul din cele mai complexe și mai importante sisteme de control social al sănătății membrilor oricărei societăți.

### 8.1.1. CARACTERISTICI CONVERGENTE ALE SISTEMELOR MEDICALE

În majoritatea societăților contemporane, sistemul medical se află într-un proces de creștere accentuată și de diferențiere internă, trecînd de la o stare funcțională simplă la una complexă, în cadrul căreia funcțiile sale asimilează noi obiective sociale. Modificarea calitativă și expansiunea cantitativă a cunoștințelor medicale, creșterea cererilor de îngrijire, de ocrotire a sănătății din partea populației, nu sînt decît cîțiva factori, care contribuie însă fundamental la structurarea acestui proces.

Indiferent de pluralitatea geografică a sistemelor medicale, acestea se confruntă astăzi cu probleme relativ asemănătoare, legate de tipurile de activitate ale serviciilor (problemele organizării și distribuirii raționale a resurselor, eficacitatea cheltuielilor, integrarea și coordonarea funcțiilor ș.a.m.d.). Oricum, există mai multe trăsături care generează interese și scopuri similare, și care estompează, cel puțin aparent, particularitățile lor naționale.

Ocupîndu-se de caracteristicile sistemelor medicale în lumea contemporană, M. Field (120) distinge următoarele lor componente asemănătoare :

a) *Orientarea lor funcțională către menținerea și promovarea sănătății la nivel social.* Funcția principală a oricărui sistem medical constă în conservarea, reabilitarea și dezvoltarea capacității indivizilor de a exercita rolurile lor sociale, în măsura în care această capacitate este permanent amenințată de boală. Boala constituie o „disfuncție" cu consecințe negative pentru orice societate și, ca urmare, trebuie mobilizate toate resursele pentru prevenirea și combaterea ei. Îngrijirea sănătății, spune Field, tinde să capete în societatea contemporană un aspect de „atitudine socială cu implicații funcționale importante și cu revendicări sporite pentru resursele societății" (120).

b) *Distincția dintre funcțiile diferitelor lor servicii* (prevenire, diagnostic, tratament, reabilitare, educație medicală etc.) în raport cu diversele aspecte ale bolii (deces, îmbolnăvire, incapacitate, disconfort, insatisfacție etc.). Produsul activității tuturor serviciilor medicale și sanitare este denumit de Field *produs medical total,* caracterizat prin contribuțiile aduse de sistemul medical la menținerea și dezvoltarea sănătății membrilor societății.

c) *Existența unor „suporturi structurale" pentru buna desfășurare a activității tuturor serviciilor și unităților (a subsistemelor) sistemului medical (personal, mijloace și resurse).*

Pornind de la asemănările structural-funcționale ale sistemelor medicale, Field subliniază în același timp deosebirile lor, bazat mai ales pe evaluarea contextului social-politic în care acestea se exercită. El identifică trei tipuri de sisteme :

α) *sisteme medicale pluraliste,* bazate pe experiența unor tipuri structurale multiple, de autoritate (publică, privată și voluntară), cum este cazul S.U.A. ;



Scanned with OKEN Scanner

β) *sisteme medicale cu autorități mixte* (formale și voluntare), care au rolul de a colecta și achita necesarul de cheltuieli pentru îngrijirea populației în cadrul serviciilor medicale (cazul Suediei, Franței, Norvegiei și Japoniei) ;

γ) *sisteme medicale cu caracter național* (controlate și administrate de autoritatea politică), în cadrul cărora cheltuielile cerute de sănătate sînt plătite din bugetul statului (cazul țărilor socialiste și al Angliei).

Există mai multe elemente valide în această clasificare, care are meritul de a sublinia principalele caracteristici comune ale oricărui sistem social în perioada contemporană. E greu de spus însă dacă — dincolo de recunoașterea unanimă a caracterului funcțional pentru societate al serviciilor medicale — obiectivele programelor de sănătate sînt asemănătoare, sau au în vedere realizarea acelorași scopuri.

Planificarea, în măsura în care este un domeniu central de exercitare a funcțiilor autorității publice, constituie exemplul cel mai elocvent pentru constatarea deosebirilor dintre programele de sănătate ale diferitelor țări. Astfel, în raport cu problemele de planificare există mari deosebiri internaționale între diferitele forme și grade de centralizare a răspunderii și autorității. Unele țări, ca S.U.A., dețin: centre de responsabilitate și autoritate, răspîndite la nivelul a trei forme de guvernare (federal, statal și local), ceea ce atrage după sine probleme de coordonare a deciziilor. În sistemele centralizate planificarea sănătății este făcută de ministerele naționale ale societății, care pot să determine modificări pe cale legislativă și prin decizii administrative în activitatea serviciilor subordonate.

Referindu-se la caracterele planificării activității sistemelor medicale din țările capitaliste, unii autori semnalează că, de foarte multe ori obiectivele care privesc sănătatea au un caracter ideologic sau utopic, în măsura în care apar unele diferențieri sociale, în ceea ce privește accesul la îngrijire a diferitelor grupe de populație. „Planificarea sistemului medical, capătă adesea caracterele unei societăți utopice, care, potrivit originii grecești a cuvîntului «utopie», nu există în nici un loc" (113), notează J. Mobry.

Dincolo de aceste deosebiri de natură politică există asemănări care fac ca sistemele medicale din întreaga lume să fie confruntate cu probleme aproape similare. Domeniul obiectivelor de planificare, chiar dacă diferă din punct de vedere politic, oferă mai multe exemple în acest sens.

## 8.2. SCOPURI ȘI EXIGENȚE SOCIALE

Orice sistem social valorifică sănătatea ca resursă funcțională, datorită posibilităților ei de a asigura membrilor societății capacitatea îndeplinirii rolurilor pentru care au fost socializați, ca și existența unor standarde de viață corespunzătoare. Între cerințele societății și necesitățile individului se manifestă aici tendințe convergente, care mobilizează ambele sisteme (sistemul social și sistemul personalității) în direcția combaterii efectelor disfuncționale ale bolii. Boala intervine ca o stare de dezechilibru, care afectează atît funcționalitatea ființei umane



Scanned with OKEN Scanner

considerată întîi ca sistem biologic (personalitatea este în fond un ansamblu bio-psiho-social), cît și funcționalitatea societății (privită și ea tot ca sistem).

Teoria generală a sistemelor a arătat că orice sistem (biologic sau social) este constituit dintr-un ansamblu structurat de elemente, care funcționează ca întreg și, ca urmare, orice stare de perturbare a unui element, afectează întreg ansamblul. Această precizare apare necesară, dacă avem în vedere modul în care boala afectează diferitele structuri ale ansamblului social, prin consecințele ei disfuncționale asupra activității economice, asupra organizării vieții sociale, asupra posibilității indivizilor de a-și exercita activitatea în care sînt integrați. Orice boală costă mult societatea atît prin resursele nemijlocite investite în înlăturarea sau combaterea ei, cît și prin afectarea investițiilor făcute de ea pentru dezvoltarea socială a indivizilor, de-a lungul evoluției socializării, educației și profesionalizării lor. Pentru individ, consecințele negative ale bolii, incapacitatea de a juca rolurile sociale, determină alterări ale personalității, care împiedică procesul de integrare a lui în societate, abilitatea de a acționa și de a se comporta într-un mod util pentru această societate.

Date fiind toate aceste consecințe cu caracter disfuncțional, fiecare societate trebuie să elaboreze un sistem de protecție împotriva bolii, organizat în așa fel, încît să asigure deplina rezolvare a problemelor depistării, îngrijirii și reabilitării celor afectați.

Acest sistem, alcătuit la rîndul lui din numeroase subsisteme și structuri componente, alcătuiește în totalitatea lui ansamblul sistemului medical. Medicina ca instituție, cu organizațiile, unitățile și serviciile sale adiacente, are competența să asigure prin resursele ei, condiții de protejare a indivizilor contra efectelor bolii și să determine formele de diagnostic și tratament. După cum arată T. Parsons, „medicina legitimează actele unui bolnav, și conferă bolii un rol social oficial. Practica medicală constituie un mecanism prin care societatea își pune la îndemînă un ansamblu de roluri instituționalizate“ (104).

Din perspectiva teoriei generale a sistemelor și a psihosociologiei organizării, activitatea diferitelor unități și instituții medicale, poate fi concepută ca un sistem organizat de componente și structuri, între care se stabilesc legături și raporturi cu caracter funcțional, asigurînd în final îndeplinirea și rezolvarea problemelor de asistență medicală ale populației. Aceste probleme sînt privite ca necesități sau cerințe determinate funcțional (sănătatea constituie o valoare care determină buna funcționare a oricărei societăți) a căror satisfacere necesită îndeplinirea unor cerințe : constituirea unui cadru organizat și structurat al activităților cu profil medical, existența unor mecanisme de coordonare a acestor activități, posibilitatea de a dispune de un sistem de resurse și mijloace pentru conducerea și organizarea lor etc.

Orice sistem social, inclusiv cel medical, se constituie în virtutea îndeplinirii unor scopuri elaborate de societate, care din acest punct de vedere se evidențiază ca fiind un „sistem de sisteme“, un „macrosistem“. În raport cu îndeplinirea propriilor sale scopuri, menținerea, conservarea și dezvoltarea sănătății membrilor societății, sistemul me-



Scanned with OKEN Scanner

dical se împarte în mai multe subsisteme, fiecare dintre ele îndeplinind o anumită funcție în raport cu întregul.

Conform opiniei lui T. Parsons, orice sistem social este structurat astfel, încît să răspundă la cel puțin patru probleme importante: *a.* adaptare (ajustarea reciprocă a structurilor sale în scopul asigurării unei cît mai bune funcționalități); *b.* scop (îndeplinirea unor funcții specifice); c. integrare (organizarea normativă a activităților); *d.* conservare (menținerea și legitimitatea ansamblului, în raport cu finalitatea îndeplinirii funcțiilor și scopului lui). Corespunzînd concepției funcționaliste din sociologie, în forma ei „clasică", aceste probleme răspund atît necesității de îndeplinire de către sistemul social a unui scop determinat, cît și necesității sale de menținere ca sistem în cadrul ansamblului de sisteme. De aceea — consideră Parsons — orice sistem își stabilește și își organizează un cadru structural, un ansamblu de structuri, specializate în îndeplinirea anumitor funcții ale acestuia. A. Marchal consideră că structura este reprezentată de „elementele relativ stabile ale unui ansamblu, în cursul unei perioade determinate, unele în raport cu altele" (105). În acest sens, structurile sistemului au ca scop menținerea acestuia, chiar în scopul eventualelor transformări și perturbări la care poate fi supus.

În cadrul sistemului medical, aceste structuri se concretizează în ansamblul de resurse, mijloace și forme de organizare, care asigură atît buna desfășurare a activității, cît și deplina funcționalitate a practicii medicale instituționalizate, pentru întreg ansamblul social. De menționat însă, că atunci cînd o structură nu-și exercită deplina funcționalitate în raport cu întregul, pot să apară alte structuri cu rol de „echivalent" sau „substituit" funcțional. Această precizare constituie de fapt completarea adusă funcționalismului „clasic" a lui Parsons, de R. K. Merton (creatorul structuralismului-funcționalist în sociologie) și elaborată și de L. Bertalanffy (unul dintre teoreticienii concepției sistemice), care vorbește de „echifinalitate", ca proprietate a funcției de a fi satisfăcută de o mulțime de structuri echivalente (103).

În cazul practicii medicale, această proprietate se poate manifesta fie prin înlocuirea îndeplinirii funcției unei structuri de către alte structuri (de exemplu, înlocuirea funcțiilor unei structuri de autoritate formală, prin altele aparținînd structurilor cu caracter informal, interschimbarea funcțiilor de diagnostic, tratament și reabilitare în cadrul mai multor servicii medicale etc.), fie prin înlocuirea caracterului instituționalizat al actului medical cu practica empirică (cazul moașelor de „ocazie", al „vindecătorilor", al accentului pus de public pe uzul abuziv de medicamente ș.a.).

Oricum, funcțiile principale îndeplinite de structurile sistemului medical se raportează și la caracterul global al îngrijirilor medico-sanitare, la condițiile de prevenire și cele terapeutice, la necesitățile de diagnostic, tratament și reabilitare ale bolnavului. Specializarea acestor funcții în cadrul activității unor structuri determinate face ca întreg sistemul medical să se dividă în mai multe subansambluri sau subsisteme cu caracter funcțional. Diviziunea funcțională a acestor subsisteme reprezintă, la rîndul ei, o condiție de eficacitate în raport cu scopurile generale ale ansamblului medical. Clasificarea subsistemelor



Scanned with OKEN Scanner

caracteristice sistemului medical poate fi realizată în mai multe moduri, urmărind diferitele criterii utilizate pentru aceasta.

Astfel, în raport cu structura ierarhică, de autoritate, pot fi deosebite :

— un subsistem central de conducere (managerial) care are ca principale funcţii planificarea, organizarea, coordonarea, decizia şi controlul. În majoritatea ţărilor în care unităţile medicale sînt coordonate de un centru unic, de un for centralizat, aceste funcţii sînt îndeplinite de Ministerul Sănătăţii, cu serviciile şi compartimentele sale specializate ;

— subsistemele din subordine, ierarhizate în raport cu diferitele funcţii şi scopuri pentru care s-au specializat unităţi de asistenţă medicală (circumscripţie, policlinică, spital) ; instituţii de învăţămînt (şcoli, clinici, facultăţi) ; instituţii de cercetare (cu diferite profiluri) ; diferite servicii de expertiză, recuperare, reabilitare ; unităţi cu rol de prevenţie ; alte servicii şi instituţii medicale.

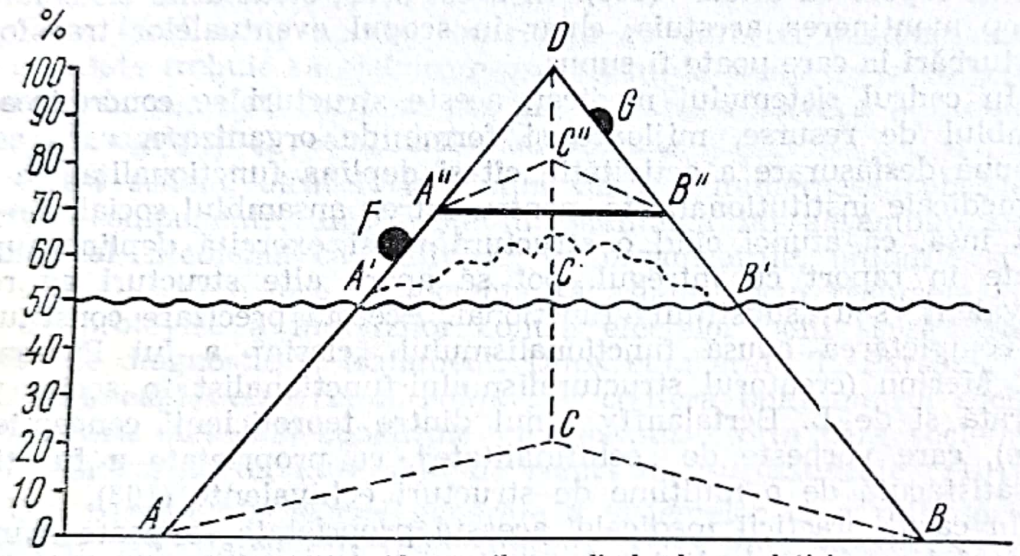



*Fig. 23* — Piramida nevoilor medicale ale populaţiei.

**Corpul înscris în unghiurile ABCD reprezintă ansamblul nevoilor medicale. Trunchiul ABC —A'B'C' cuprinde totalitatea nevoilor încă necunoscute atît de populaţie, cît şi de sistemul de asistenţă medicală. Piramida A'B'C'D' cuprinde totalitatea nevoilor exprimate sau a cererilor de care populaţia este conştientă. Din aceste cereri, o parte sînt satisfăcute şi constituie consumul cuprins de piramida mică înscrisă în A''B''C''D'' ; în mod practic limitele celor trei părţi ale piramidei mari nu pot fi figurate definitiv pentru că ele sînt în permanentă schimbare. Menţionăm că scara de procente înscrisă în stînga schemei are în vedere proporţiile volumului piramidei (nu ale înălţimii ei). Pe suprafaţa piramidei pot să apară „excrescenţe", care figurează cerinţe nejustificate (ex. abuzuri, exagerări etc.). Existenţa celor trei zone în ansamblul nevoilor medicale ale populaţiei reclamă metode diferite de calcul şi evaluar ea volumului specific fiecărela. („Informaţiei şi conducere în sănătatea publică", Editura Dacia, 1971).**

Menţionăm că şi în cazul acestor subsisteme există o diviziune specifică a compartimentelor şi funcţiilor lor specializate cu activităţi particulare, cu potenţe şi resurse diferite, care contribuie la realizarea globală, în mod integrat a acţiunilor sistemului medical.



Scanned with OKEN Scanner

În funcție de *modul de organizare internă a activității* se deosebesc :

— subsisteme funcționale, care servesc diferite funcții tehnico-administrative din cadrul sistemului dat : aprovizionare, finanțare, documentare, contabilizare, organizare, angajare de personal etc. ;

— subsisteme de execuție propriu-zisă a sarcinilor și funcțiilor cu caracter medical : centre de diagnostic, tratament, reabilitare, prevenție etc. ;

— subsisteme complementare: laboratoare de analiză, unități ale aparatului paramedical, diferite servicii cu caracter administrativ.

Există, desigur, și alte forme de clasificare, în funcție de alte criterii (mijloace utilizate, personal, grad de funcționalitate), dar cele două menționate sînt cele mai frecvent folosite.

În afara diviziunii funcționale amintite, se cuvin menționate și alte caracteristici ale sistemului medical, legate de aspectele mai largi ale activității sale interne și ale raporturilor acestuia cu sistemul social în ansamblu. Dacă serviciile, organizațiile și instituțiile medicale formează un sistem social, acesta nu trebuie privit ca existînd numai prin el însuși, ca sistem închis. Dimpotrivă, sistemul medical este un sistem deschis, cu granițe permeabile pătrunderii oricărui element care contribuie la progresul și eficacitatea acțiunilor sistemului. Din acest punct de vedere, perspectiva structurală, sistemică, a abordării organizării sociale a practicii medicale, necesită completarea ei cu o viziune dinamică, ce indică schimbările și transformările la care este supus sistemul medical în cursul evoluției sale. Paralel cu aceste transformări, evoluția funcțiilor și scopurilor sistemului constituie un element favorabil aprecierii gradului în care sistemul medical a asimilat diferitele exigențe funcționale ale societății și a putut să devină unul dintre cele mai importante sectoare de activitate socială.

## 8.3. CADRUL ȘTIINȚIFIC AL ACTIVITĂȚII SOCIO-MEDICALE

În raport cu evoluția extrem de lentă a sistemelor biologice, evoluția sistemelor sociale cuprinde transformări și schimbări științifice deosebit de rapide, care influențează atît apariția unor noi structuri și noi funcții, cît și modificarea celor existente. „Specifice atît societății ca sistem global, cît și subsistemelor sale sînt precaritatea echilibrului, continua confruntare cu tensiuni, contradicțiile, perturbările, care constituie tot atîtea probleme de rezolvat“ (103).

În cazul sistemului medical, constituirea treptată și evoluția rapidă a structurilor și funcțiilor acestuia a fost generată de permanentele pro-



Scanned with OKEN Scanner

grese făcute de medicină pe planul extinderii cunoștințelor științifice, al arsenalului său tehnic și pe planul specializării grupurilor sale profesionale.

Considerarea acestor coordonate istorice impune o abordare complexă a modului de constituire și instituționalizare a practicii medicale, ca tip particular de sistem social organizat.

Medicina, ca instituție și ca formă specială de organizare socială, s-a dezvoltat și a progresat în măsura în care și-a constituit propriile resurse și modalități de acțiune. Apariția ei ca formă instituționalizată de practică socială a impus, ca și în cazul altor instituții și organizații sociale, îndeplinirea unor condiții caracteristice.

Potrivit opiniei lui J. Sczepański, iată condițiile principale care asigură funcționarea oricărei instituții sociale : *a.* definirea clară a scopului și a domeniului de exercitare a funcțiilor sale ; *b.* diviziunea rațională a muncii și organizarea ei rațională în interiorul instituției ; *c.* gradul de depersonalizare a funcțiilor și de obiectivizare a funcțiilor, adică gradul de independență a funcțiilor față de interesele și aspirațiile personale ale funcționarilor instituțiilor ; *d.* încrederea și recunoașterea acordate membrilor instituției de întreaga colectivitate ; *e.* integrarea instituției în sistemul celorlalte instituții, astfel încît toate instituțiile să se completeze, să se sprijine, să colaboreze fructuos (29).

Toate aceste condiții au putut fi asigurate sistemului medical în măsura în care practica medicală instituționalizată și-a creat structuri și forme de organizare, rezolvînd mai multe probleme cu caracter funcțional (recrutarea personalului, organizarea și distribuirea resurselor, sistemul de instruire, diferențierea structurală a rolurilor și ierarhiilor, autoritatea formală, diviziunea funcțiilor etc.).

Societățile au ajuns astfel să-și constituie sisteme proprii de îngrijire medicală, deosebite prin structura și funcțiile lor de celelalte sisteme (sau subsisteme) sociale : învățămînt, industrie, cultură etc. Orice sistem de îngrijire medicală reprezintă în general, totalitatea eforturilor, mijloacelor și resurselor umane pe care o societate le investește în crearea unor instituții și servicii, care au drept scop menținerea, promovarea și dezvoltarea sănătății.

Importanța sa funcțională pentru individ și populație se manifestă în capacitatea de exercitare plenară a funcțiilor sale și, ca urmare, prin recunoașterea rolului său de către societate, care o investește cu autorități depline în fața membrilor ei.

Efectuînd o analiză detaliată a principalelor raporturi stabilite între societate ca sistem global și subsistemul ei de ocrotire a sănătății, M. Field distinge patru elemente principale, care definesc posibilitatea de funcționare a acestui subsistem : *a.* mandatul (legitimitatea) ; *b.* cunoștințele ; *c.* personalul ; *d.* mijloacele (resursele) (46).

Aceste elemente sînt denumite de Harriet Bartlett, „caracteristici ale domeniului medical", pe care le consideră ca fiind compuse din următoarele categorii de probleme : probleme definind preocupările autorității centrale ; probleme referitoare la ansamblul de cunoștințe, valori și metode ; cele care se referă la cadrele din diversele servicii și instituții ; în sfîrșit, cele care se referă la cadrul nemijlocit în care se promovează sănătatea și boala (106).



Scanned with OKEN Scanner

Abordarea acestora permite înţelegerea modului în care practica medicală s-a constituit într-un sistem organizat de acţiune, pentru a căpăta un caracter specific, în raport cu ansamblul celorlalte forme de practică socială.

### 6.3.1 AUTORITATEA ŞI LEGITIMITATEA ACTULUI MEDICAL

Practicarea medicinei n-a fost totdeauna o profesiune, cel puţin în sensul modern al termenului. În perioada iniţială a dezvoltării, ea constituia mai mult o practică empirică, exercitată de persoane mai mult sau mai puţin specializate ; chiar în perioada imediat următoare Evului Mediu existau destul de puţine forme legiferate de control al modurilor de exercitare a profesiunii medicale, ca şi slabe cunoştinţe în acest domeniu. Odată cu progresul medicinei, al cunoştinţelor despre boli şi al procedeelor şi tehnicilor terapeutice şi de diagnostic, medicul devine un factor din ce în ce mai eficient în tratarea bolilor şi capătă din acest punct de vedere o poziţie privilegiată. „Cînd medicii au devenit mai eficienţi în tratarea bolilor, a avut loc o schimbare importantă în atitudinea publicului, faţă de medicină şi practica medicală", consideră R. Schryock (101).

Ca urmare, medicina ştiinţifică se îndepărtează din ce în ce mai mult de medicina empirică practicată de profani, iar medicii încep să stabilească diferite modalităţi de control asupra formelor de activitate profesională şi asupra prescripţiilor în materie de sănătate.

În acest scop, înfiinţarea unor organizaţii şi asociaţii profesionale a dat posibilitatea elaborării unor forme de control instituţionalizat asupra activităţii membrilor şi asupra programelor lor de instruire profesională, acordîndu-le totodată privilegiile care decurg din recunoaşterea oficială a statutului lor profesional. Distingînd caracterele particulare ale unei organizaţii, în raport cu celelalte tipuri de sisteme sociale organizate, Cătălin Zamfir (107) consideră că ele constau în următoarele elemente ;

1) la organizaţii participă un număr suficient de mare de indivizi, încît diferitele secvenţe ale activităţii să fie realizate de indivizi diferiţi (diviziunea muncii) ; 2) activitatea însăşi să fie suficient de diferenţiată funcţional, astfel încît participanţii să aibă poziţii şi funcţii diferite de realizat, poziţii şi funcţii suficient de clar formulate (formalizate, instituţionalizate) într-un sistem cît mai coerent de statute şi roluri ; 3) activitatea să fie explicit orientată spre realizarea unui scop, a unui obiectiv sau finalităţi ; 4) în sfîrşit, să existe, suficient de diferenţiat, un subsistem cu funcţia de organizare, conducere şi coordonare a întregii activităţi.

Organizaţiile medicale se disting şi ele prin asemenea particularităţi, dispunînd de un ansamblu de mijloace, cu ajutorul cărora să-şi poată exercita funcţiile pentru care au fost create. Legitimizarea exercitării acestora de către societate se datoreşte recunoaşterii utilităţii sociale a domeniului activităţii medicale. Pentru a-şi putea îndeplini funcţiile cu care a fost investit de societate, sistemul medical are nevoie de un mandat, de o recunoaştere formală de către societate, care-l investeşte cu autonomie, legitimitate şi autoritate, în raport cu exercitarea



Scanned with OKEN Scanner

atribuţiilor sale şi cu delimitarea acestora de atribuţiile celorlalte subsisteme sociale.

Orice instituţie socială, inclusiv cea medicală, dispune de un sistem de control al propriei activităţi, ce permite elaborarea unor structuri de autoritate, de ierarhie şi de organizare a acţiunilor, precum şi elaborarea unor procedee specializate, pentru persoanele care exercită funcţii instituţionalizate (de exemplu : acţiunile medicului) şi faţă de persoanele care sînt obiectul acestor acţiuni (bolnavii). Acest sistem de control se concretizează într-un sistem legislativ, care condiţionează aplicarea acestor procedee, ca şi modul lor de acceptare de către toţi membrii societăţii (legislaţia medico-sanitară, vaccinarea obligatorie, măsurile de profilaxie şi prevenţie medicală etc.). Cum consideră Rodney M. Coe, mandatul profesiunii de medic se referă la „dreptul acestuia de a indica normele sau scopurile la care poate aspira publicul" (6).

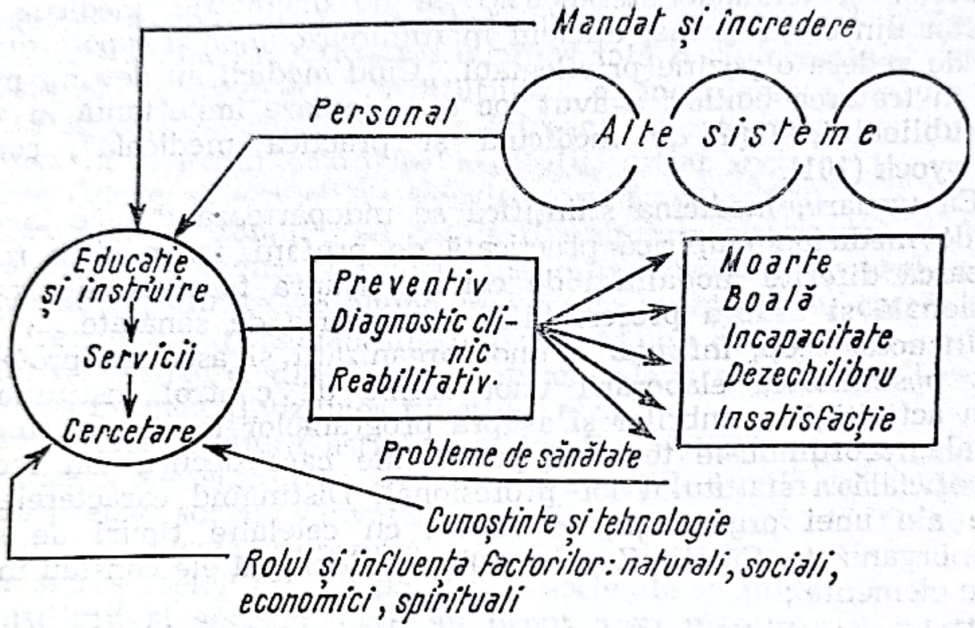



*Fig. 24.* — Raportul sistemului medical cu sistemul macrosocial (Field M.). *Mandat şi încredere* : sistemul medical primeşte mandat şi încredere din partea societăţii, pentru a se îngriji de sănătatea colectivităţilor umane şi trebuie să răspundă acestei încrederi. *Personal* : sistemul medical necesită personal specializat, omnipracticieni, personal mediu ajutător care trebuie recrutat, instruit, repartizat conform necesităţilor societăţii, ţinîndu-se seama de : locul de apartenenţă, familie etc., pentru o integrare totală. *Cunoştinţe şi tehnologie* : sistemul medical operează cu un ansamblu de cunoştinţe şi tehnici transmise de la o generaţie la alta printr-un sistem educaţional care trebuie să fie legat de educaţia generală a societăţii (cunoştinţele ştiinţifice generale, tehnice, social-organizaţionale din domeniul medical sînt influenţate de nivelul ştiinţei şi tehnologiei al întregii societăţi). *Instrumente* : pentru a îndeplini mandatul societăţii, personalul sanitar trebuie să-şi ridice nivelul profesional şi conştiinţa, pentru a-şi putea îndeplini atribuţiile umaniste conform idealului societăţii pe care o serveşte (medicina = ştiinţă şi conştiinţă).

Între medicină şi societate se stabilesc raporturi fundamentale, care derivă din înţelegerea faptului că efectele bolii trebuie combătute cu mijloace specializate, de competenţa unui anume grup social profesionalizat (fig. 24). Kerr L. White consideră că orice societate face în mod simbolic un contract cu medicina (46), care necesită existenţa mai multor mecanisme ce articulează sistemul medical de formele de conducere din



Scanned with OKEN Scanner

societate. Încrederea pe care orice societate o investeşte în medicină rezultă din importanţa atribuită aspectelor şi consecinţelor sociale ale bolii şi morţii şi, ca urmare, instituţionalizarea practicii medicale este un act fundamental care acordă legitimitate şi autoritate deplină medicului în raporturile sale cu problemele controlului factorilor ce afectează colectivitatea. Dat fiind rolul important pe care îl joacă medicina în definirea a ceea ce este normal sau anormal într-o societate, o obligă să răspundă permanent exigenţelor acestei societăţi, care la rîndul ei îi legitimează actele şi-i garantează autonomia. Medicina revendică această autonomie, în măsura în care numai ei îi revine sarcina să oficieze actul de vindecare a bolii. Medicul este factorul care stabileşte condiţiile patologice ale bolii, cauzele şi efectele lor biologice şi sociale, rolul său fiind atît ştiinţific, cît şi social. François Steudler arată că statutul oficial acordat de societate organizaţiei medicale corespunde următoarelor criterii (31) : a) dezvoltarea unui sistem de cunoştinţe teoretice, care presupune o formaţie prelungită în timp şi servind ca bază pentru practica medicală ; b) autoritatea profesională, care legitimează practica medicului şi dă acestuia competenţa de a prescrie un tratament unui bolnav şi de a interveni în cursul bolii ; c) aprobarea autorităţii medicale de către comunitate ; d) cod etic şi control a profesiunii (formare, practică etc.) ; e) sistem de valori şi de norme proprii, orientarea spre colectivitate.

Aceste criterii răspund atît necesităţilor proprii ale sistemului medical, de organizare a activităţii sale interne, cît şi îndeplinirii scopurilor sociale pentru care a fost creat.

### 8.3.2. SPECIALIZAREA ROLURILOR MEDICALE

După cum am văzut într-un capitol anterior, în societăţile primitive nu exista rolul de medic, cel puţin în înţelesul pe care-l atribuim astăzi persoanelor care se ocupă cu problemele specializate ale sănătăţii şi bolii. Funcţiile „medicale" erau îndeplinite de persoane nespecializate, în primul rînd de membrii familiei celui bolnav. Odată cu diviziunea socială a muncii şi cu primele organizări ale acesteia, în cadrul comunităţilor apar forme incipiente de specializare, manifestate atît prin diversitatea formelor practicii sociale, cît şi prin diferenţierea rolurilor speciale şi a grupărilor profesionale care le exercită. Apar tot felul de persoane care îndeplinesc funcţii investite cu un larg prestigiu social : vraciul, şamanul, magicianul şi mai tîrziu preotul ; aceştia preiau sarcinile terapeutice, de „tămăduire" a celor bolnavi, pretinzînd membrilor comunităţii îndeplinirea unor ceremonii rituale sau religioase, în scopul mobilizării resurselor colective către combaterea bolii, a cauzelor şi efectelor ei.

Timp de mai multe secole, de-a lungul cărora medicina a devenit cu adevărat ştiinţifică, funcţiile de „medic" au fost exercitate de aceste persoane şi se poate considera că multe dintre realizările medicale de astăzi au la bază rezolvările empirice pe care acestea le-au elaborat, în condiţiile în care profesiunea de medic lua naştere treptat. Medicii au devenit un grup social distinct abia în perioada evului mediu, cînd a crescut încrederea publicului în competenţa profesioniştilor şi, odată



Scanned with OKEN Scanner

cu dezvoltarea învățămîntului medical, și a creării unui control juridic al formelor de practică ale acestuia.

Controlul și instituționalizarea tratamentului bolii, prin intermediul grupărilor profesionale, devin elemente recunoscute și legitimizate de colectivitate, care acordă un statut social din ce în ce mai solid profesiunii de medic. Așa cum consideră Steudler, „conceptul de profesiune nu poate fi înțeles ca un simplu simbol social, ca un titlu onorific atribuit unor ocupații, pentru a le distinge de altele. Această denumire constituie mai degrabă un titlu oficial, care se atribuie unui grup conștient de el însuși, pentru a putea convinge pe alții de importanța sa, decît un concept care dă indicații asupra modului de realizare a activității sale" (31). Există sociologi care consideră că statutul profesiunii de medic implică, în afara obligațiilor obișnuite, diferite recompense sociale, printre care „venitul", „prestigiul", și „puterea" sînt cele mai importante, indicînd valoarea investită de colectivitate în profesiunile medicale, ca urmare a recunoașterii lor ca ocupații extrem de utile pentru societate.

Unii autori din țările capitaliste, situați pe poziții nemarxiste, încearcă chiar să acrediteze ideea că medicul, în virtutea prestigiului său și a dreptului de decizie asupra problemelor bolnavului și ale societății, devine din ce în ce mai mult un reprezentant al „elitei conducătoare", care se referă, așa cum considera Wright Mills, la „acele cercuri și indivizi care iau parte în mod colectiv la decizii cu consecințe pe plan național". Trebuie arătat însă că această concepție ignorează situația reală din țările capitaliste, unde medicul, departe de a avea dreptul să dispună de autoritatea „elitei conducătoare", reprezintă unul dintre membrii acelei categorii sociale, denumită de Mills, „gulerele albe", categorie salarizată, a cărei manipulare de către sistemul societății capitaliste contrazice principiul dreptului ei la decizia politică. Desigur, este o realitate că medicul constituie un factor cu rol social deosebit de important pentru societate, dar această recunoaștere nu presupune numai raportarea la sarcina pe care o îndeplinește și la locul ocupat de acesta în diviziunea socială a muncii, ci, în aceeași măsură presupune evidențierea situației lui în organizarea socială și politică a unui anumit sistem social. Caracteristicile profesiunii medicale se explică mai mult prin rolul ei practic, social, economic și tehnic în ansamblul societății, decît prin dinamica sa proprie de autocontrol, arăta Mills.

În societatea contemporană, profesiunea medicală devine unul din cele mai importante domenii de activitate socială, a cărei autonomizare și specializare crescîndă constituie un model pentru celelalte forme de organizare din alte instituții și organizații. Potrivit opiniei lui Robert Morsh, diferențierea profesională ca stare și ca proces este o proprietate a tuturor sistemelor sociale moderne, fiind definită de numărul de unități deosebite structural și specializate funcțional dintr-o societate (46). Caracteristică medicinei contemporane este puternica ei dezvoltare pe plan tehnic și de organizare, care a dus la apariția unor noi grupe profesionale, ce participă la actul de îngrijire, la extinderea funcțiilor unităților medicale, ca și la creșterea preocupării acestora pentru problemele ridicate de costul și eficacitatea îngrijirilor. Un anumit grad de specializare este inevitabil în domeniul medical și nivelul și natura lui sînt, în mare măsură, determinate de specificul sarcinilor și funcțiilor sale



Scanned with OKEN Scanner

în raport cu societatea. Progresul cunoștințelor și tehnicilor medicale determină specializarea crescîndă, diviziunea pe grupe de specialități, care generează apariția a noi grupe participante la actul medical. Pentru a putea folosi cît mai corespunzător, competent și util toate cunoștințele, sistemul medical are nevoie de un personal specializat, care să poată asigura îndeplinirea tuturor funcțiilor sale : să acorde îngrijiri preventive și terapeutice, să poată efectua investigații clinice, de laborator, să poată pune diagnosticul, să se ocupe de cercetări, dar și de formarea și instruirea viitoarelor cadre. Se înțelege că îndeplinirea tuturor acestor obiective nu solicită numai competența medicilor, dar și a altor grupări profesionale, care lucrează în domeniul ocrotirii sănătății și anume personal auxiliar, paramedical, împreună cu celelalte categorii mai mult sau mai puțin specializate, care lucrează în acest domeniu (cadre tehnice, administrative etc.). Recrutarea, instruirea și repartizarea tuturor acestor cadre în diferitele instituții și organizații de profil, constituie probleme la fel de importante, cu care se confruntă sistemul medical pentru buna funcționare și desfășurare a acțiunilor sale.

De reținut că, spre deosebire de experiența sectorului industrial, dezvoltarea cunoașterii și tehnologiei medicale, în loc să reducă prețul serviciului medical, îl mărește, pe măsură ce este nevoie de un personal din ce în ce mai numeros, care participă la îngrijire.

Sistemul medical cunoaște, în prezent, o expansiune cantitativă și calitativă a cererilor pentru serviciile sale și ca urmare, a personalului necesar pentru funcționarea acestora (cerere-ofertă).

Dincolo de faptul că acest proces îmbunătățește capacitatea sistemului medical de a-și exercita mandatul, apar cerințe privind natura randamentului și eficacității activității sale, la nivel global (cînd cererea întrece oferta).

Totalitatea îngrijirilor medicale necesită multiple probleme de coordonare, de colaborare între diferitele categorii de personal și cadre medicale, ceea ce ridică alte probleme privind sarcinile echipei medicale, a medicinei integrate, a unității punctelor de vedere în problemele diagnosticului, tratamentului, reabilitării și readaptării bolnavului (în societate, familie, producție).

Eficiența realizării tuturor acestor probleme se reflectă direct în optimizarea formelor actului medical, în diferitele servicii funcționale, pentru a asigura bolnavilor depline condiții. Specializarea rolurilor medicale pune deci probleme de integrare, de rezolvare a cazurilor fiecărei grupe de specialități, și întreg acest proces amplifică sarcinile subsistemului de conducere.

Oricum, profesiunea medicală a reușit cel mai bine să-și autonomizeze și să-și diferențieze propriile domenii de activitate, evidențiindu-se mai ales prin caracterul funcțional al diviziunii rolurilor sale în raport cu sarcinile pentru care a fost creată.

*

Elementele amintite pînă acum reprezintă premise fundamentale pentru desfășurarea activității sistemului medical. Sînt necesare însă și alte condiții, printre care existența unui ansamblu structurat de cuno-



Scanned with OKEN Scanner

ştinţe ştiinţifice şi a unui set complex de proceduri de natură tehnică, care asigură exercitarea în practică a actelor medicale. Indiferent de natura discuţiilor, mai vechi sau mai noi, în legătură cu conţinutul medicinei („artă", „ştiinţă" sau îmbinare între ambele aspecte), s-a considerat totdeauna că progresul medicinei este strîns legat de evoluţia generalizărilor teoretice şi a procedeelor sale de acţiune, a teoriilor şi a instrumentelor sale.

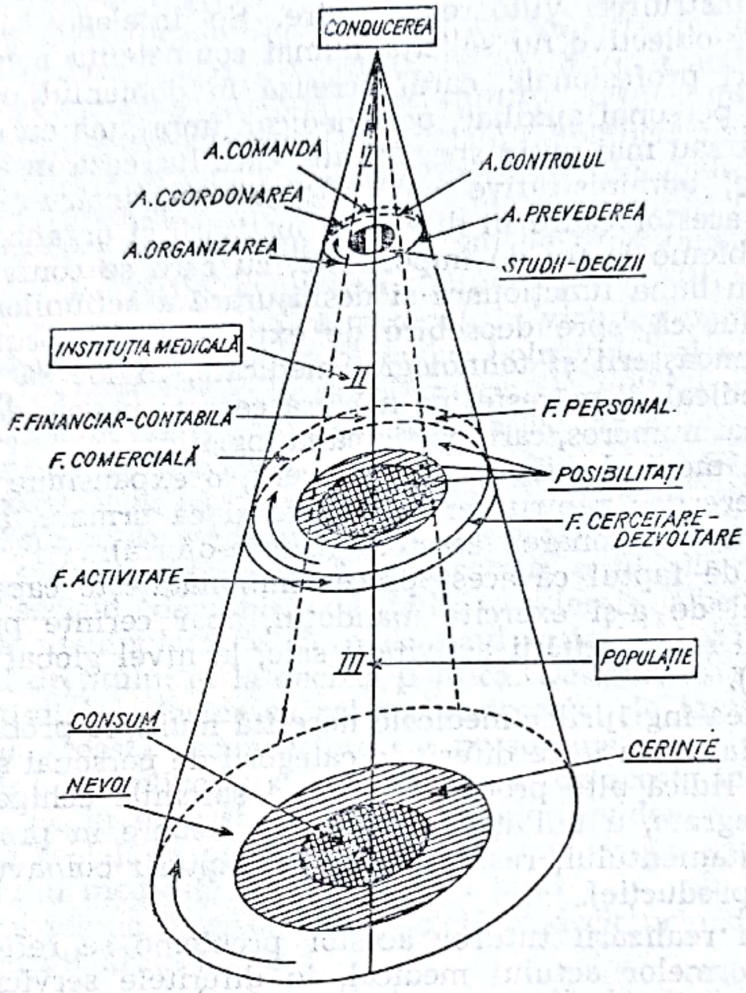



*Fig. 25* — Procesul de „management" în sănătatea publică. Schema este legată de conceptele „sistemul stării de sănătate şi sistemul organizării sanitare integrale". Activitatea de conducere (management) se manifestă ca o încercare permanentă de a reuni aspectele tehnice, economice şi umane, pentru a obţine o dezvoltare a instituţiei în condiţiile realizării unei' munci eficiente. De subliniat că zonele „consumului" şi „cerinţelor" sînt în schimbare, „nevoi" de ieri devenind „cerinţe" de astăzi, iar acestea avînd posibilitatea de a se satisface mîine, ceea ce le includ în „consum". „Zonele posibilităţilor" reprezintă posibilităţile de satisfacere a nevoilor cerinţelor şi consumului „corespunzătoare dezvoltării procesului de „management" şi bazei materiale şi de cadre a sănătăţii publice". („Informaţie şi conducere în sănătatea publică", Editura Dacia, 1971).

Corpul medical a păstrat totdeauna un monopol profesional al cunoştinţelor medicale, deosebindu-le de cele cu caracter „empiric" sau „popular" ale profanilor sau ale celorlalte categorii cu rol „cvasiprofesional" sau „pseudomedical". Problemele bolii sînt totdeauna tratate de ştiinţa medicală, în raport cu fondul de cunoştinţe privitoare la modul cum



Scanned with OKEN Scanner

funcționează organismul uman și diferă astfel de toate credințele sau opiniile cu caracter empiric, tradițional. Știința medicală se dezvoltă într-un ritm accelerat și, din acest punct de vedere, ea se opune „conservatorismului", „tradiționalismului" și rutinei, fiind permeabilă pentru noi inovații și dezvoltări. Această dezvoltare, consideră D. Mechanic — „merge de la general la specific, de la macroscopic la microscopic, de la o concepție statică la una dinamică, orientată spre procesele biologiei omului" (43). Fondul de cunoștințe medicale s-a extins treptat de la cunoașterea principalelor sisteme de organe, la cunoașterea diversității țesuturilor, structurilor celulare și subcelulare, de la cercetarea macroscopică a patologiei umane la cercetarea microscopică a mediului biologic (bacteriologic, virologic), ajungînd la o concepție integrată asupra etiologiei specifice și multifactoriale a bolilor. Din acest punct de vedere, îmbinarea concepției biologice cu cea socială a constituit una din realizările cu consecințe științifice dintre cele mai importante.

D. Mechanic, menționat anterior, consideră că sarcina medicului privitor la aplicarea cunoștințelor medicale cuprinde trei aspecte : întîi, din observația semnelor stării fiziologice a bolnavului medicul trebuie să lămurească simptomele resimțite de acesta și să descopere faptele pertinente în legătură cu fondul și trecutul pacientului, ajungînd astfel la diagnostic, prin adaptarea faptelor situației pacientului la tiparul abstract al condițiilor și evenimentelor specifice bolii ; în al doilea rînd, medicul gîndește „fiziologic", legînd ceea ce cunoaște despre bolnav cu ceea ce poate deduce că se petrece înăuntrul acestuia ; și, în al treilea rînd, întocmește planul unei acțiuni de vindecare, care caută să folosească cunoștințele sale fiziologice și patologice pentru a restaura pe cît mai mult posibil funcționarea celulelor, țesuturilor și organelor aflate în dezordine.

Procedînd astfel, medicul pune în practică o moștenire imens de bogată și de complexă de cunoștințe științifice despre organism și face raționamente bazate pe discernămînt, experiență și pricepere. Trebuie menționat totodată, că sarcina medicului nu este numai strict terapeutică, ci dimpotrivă, orientarea sa către prevenție este strîns legată de responsabilitățile sociale care derivă din activitatea sa în raport cu boala. Chiar dacă în unele cazuri medicul se consideră absolvit de asemenea sarcini, punîndu-le pe seama organizatorilor de sănătate, practica dezminte acest mod de înțelegere a specificului activității profesionale. „În fapt, s-ar cuveni să spunem că, în calitate de savant, medicul nu se ocupă deloc de omul bolnav, ci de procesele fiziologice care se petrec în organism, în special de cele puse în evidență de diagnostic ca fiind un caz de boală" (43). Totuși extinderea interesului medicului la aspectele sociale și culturale ale bolii, determină în cel mai înalt grad orientarea către problemele bolnavului, pentru a putea completa cunoștințele medicale cu cele care au un caracter nemijlocit social. Unii autori, disting următoarele date pe care medicul trebuie să le recolteze cînd abordează boala din punct de vedere social :

— care sînt sensul și consecințele rolului de bolnav pentru individ, familia sa și grupările sociale în care acesta este integrat ;

— care este tipul de relație între primele experiențe de viață ale unei persoane și reacțiile ei prezente față de boală și incapacitate ;



Scanned with OKEN Scanner

— care sînt experienţele sociale trecute sau factorii culturali care condiţionează atitudinea bolnavului şi reacţia sa faţă de boală ;

— care este relaţia dintre diferitele stadii de tratament şi însănătoşire, în raport cu boala şi natura dificultăţilor psiho-sociale ale bolnavului (106).

Ansamblul tuturor cunoştinţelor medicale şi sociale în legătură cu boala alcătuieşte ceea ce este în general denumit cultura profesională a medicului. Totodată, dincolo de aspectele de specializare în profesie, de natura ştiinţifică sau tehnică, sistemul medical acordă un loc din ce în ce mai însemnat constituirii unei adevărate „culturi" a sănătăţii şi a îngrijirii medicale, concretizată în elaborarea unor atitudini, comportamente şi valori cu caracter specific.

T. Parsons consideră „orientarea către colectivitate" ca valoare fundamentală a culturii profesionale din domeniul medical, care-l face pe medic să pună nevoile bolnavilor mai presus de propriile-i dorinţe. Codul deontologic profesional pune un accent deosebit pe această valoare, ca şi pe responsabilitatea sporită a medicului faţă de toţi bolnavii cu care vine în contact.

În funcţie de cei doi termeni ai relaţiei, de îngrijirea medicală, de atitudinile şi comportamentele complementare ale medicului şi bolnavului, valorile, normele şi simbolurile „culturii" sănătăţii (prestigiu, respect, dependenţă, supunerea la indicaţii, vestimentaţie etc.), sînt cele mai obişnuite şi mai des întîlnite. „Fiecare activitate social-umană (economică, politică, artistică, ştiinţifică, familială etc.) îşi are propriul sistem valoric — normativ, a cărui funcţie este promovarea organizării unei anumite activităţi, funcţională în condiţiile date. Sistemul valoric-normativ este de fapt expresia subiectivă a funcţionalităţii unei organizări" (103). De menţionat totodată că elaborarea acestui sistem presupune transmiterea normelor şi valorilor culturii profesionale generaţiilor următoare, la început în cadrul unor forme neinstituţionalizate (raportul discipol-magistru), apoi în interiorul unui sistem de învăţămînt elaborat şi dependent de societate.

Ca urmare, sistemul medical şi-a creat propriile subsisteme de instruire şi de familiarizare a membrilor cu aspectele activităţii sale. În epoca modernă, facultăţile de medicină, spitalele, clinicile, diferitele centre şi organizaţii medico-sanitare au devenit cele mai obişnuite locuri în care sînt instruiţi membrii instituţiilor medicale.

În acest mod, între scopul şi funcţiile ansamblului instituţional medical, structurile lui organizatorice interne şi societate, se stabilesc relaţii reciproce. Sănătatea, ca valoare socială fundamentală, necesită — pentru menţinerea şi protejarea ei — un cadru instituţional, care la rîndul lui este ierarhizat şi structurat în „paliere" şi elemente funcţionale.

Făcînd distincţia între „instituţia-grup", manifestată într-o formă personificată şi avînd la bază un grup de participanţi raliaţi la o idee sau valoare comună şi „instituţia lucru", care reprezintă această idee sau valoare în forma ei neobiectivată şi nepersonificată, Maurice Hauriou îşi reprezintă instituţia ca fiind în general „o idee care se realizează obiectiv şi care creează putere şi organe pentru realizarea sa" (99).

Dincolo de caracterul hegelian al acestei definiţii a instituţiei, se poate reţine deosebirea dintre cele două forme ale ei, — personificată



Scanned with OKEN Scanner

(obiectivată) și nepersonificată (neobiectivată) — aplicabilă în cazul sistemului de îngrijire medicală, unde „instituția-grup" este reprezentată de organizația medicală cu grupurile ei profesionale, specializate și cu resursele ei, iar „instituția-lucru" este reprezentată de „sănătate", ca o valoare care i-a dat naștere.

Îndeplinirea funcțiilor presupune din partea oricărei instituții medicale diferențierea structurală a componentelor ei organizatorice și ierarhice, a rolurilor și resurselor sale, a modului de exercitare a acestor funcții într-un cadru legiferat.

Cum considera Henri Janne, care preia distincția făcută de Hauriou, orice instituție-grup este alcătuită din mai multe elemente structurale, care se manifestă în patru planuri complementare (34) :

— atitudini și comportamente (plan psihologic),
— simboluri (plan cultural),
— instrumente materiale sau aspecte utilitare (plan material) și
— expresie statutară sau chiar determinare orală sau scrisă (plan socioformal).

Aceste elemente se concretizează de fapt în condițiile pe care le-am examinat pînă acum, în legătură cu posibilitatea de funcționare a subsistemului de ocrotire a sănătății.

### 8.3.3. MIJLOACE ȘI TEHNOLOGII MEDICALE

O ultimă — dar nu și cea mai puțin importantă — condiție, care asigură funcționalitatea sistemului medical, constă în posibilitatea gestionării și mînuirii unor resurse materiale și financiare, care dau pe de-o parte posibilitatea rezolvării situației bolnavului (infrastructurile și structurile tehnologice, echipamentele și instalațiile serviciilor de îngrijire), pe de altă parte posibilitatea rezolvării problemelor economice interne ale acestor servicii. Astfel, evoluția activității și funcțiilor sistemului medical a fost și este corespondentă cu cea a resurselor alocate de societate, în scopul menținerii și dezvoltării optimale a acestor funcții. Instituționalizarea medicinei a permis deci, pe lîngă dezvoltarea profesionalizării și specializării activității medicale, concentrarea unor resurse economice, financiare sau materiale, care au rolul de a optimiza organizarea și eficacitatea îngrijirilor. Se poate considera că extinderea ansamblului funcțional al sistemului medical, — paralel cu progresul cunoștințelor — a operat o diviziune în cadrul serviciilor sale specializate, cu următoarele consecințe :

— creșterea specializării și diversificarea serviciilor cu rol de diagnostic, tratament, reabilitare, prevenție și complementar, alocarea unor resurse pentru fiecare dintre ele ;

— crearea unor organe (subsisteme) funcționale, cu scop de a menține activitatea acestor servicii, prin administrarea resurselor și mijloacelor lor.

Din punctul de vedere al teoriei generale a sistemelor, serviciile care administrează ansamblul resurselor unităților sociale sînt denumite de Katz și Kahn (103) subsisteme de „susținere" sau „menținere" a sistemului, cu funcția de a asigura în cele mai bune condiții activitatea instrumentală a unui sistem social.



Scanned with OKEN Scanner

În legătură cu tipurile de resurse care stau la dispoziția sistemului medical, se poate menționa o distribuire largă a acestora în interiorul oricăror servicii și unități de prestație a îngrijirilor, în măsura în care fiecare dintre acestea au nevoie pentru activitatea lor de echipamente și instalații, tehnologii, clădiri, ca și de alte resurse materiale și financiare, care alcătuiesc împreună, cheltuielile necesare pentru desfășurarea programelor de sănătate. Ele asigură mijloace și metode necesare activității îndreptată către scopul menținerii sănătății, contribuind la accentuarea caracterului tehnic și instrumental al actului medical. În capitolele anterioare, am văzut cum istoria medicinei a înregistrat un permanent progres al mijloacelor și metodelor de acțiune ale medicului și care a fost rolul tehnologiei în acest proces.

În ultimele 5—6 decenii au fost descoperite cele mai importante metode și mijloace de combatere și prevenire a bolilor. Prin dezvoltarea științei și a tehnicii medicale, indivizilor și colectivității li s-au oferit cele mai mari șanse de păstrare a sănătății și vieții.

Tehnologia utilizată în prezent în multe sisteme de îngrijire medicală permite realizări care pînă ieri erau de neconceput : salvarea mai multor vieți, prelungirea duratei vieții, reducerea infirmităților și suferinței, eliminarea sau diminuarea condițiilor patologice ale unor boli ș.a.m.d. Omul pare să fie în măsură să-și determine evoluția viitoare, progresele biologiei moleculare nefiind decît unul dintre factorii care acționează în acest sens. Nu sîntem decît la începutul epocii transplantului curent de organe și a utilizării mijloacelor de prelungire a vieții, și se pare că în viitor medicina va progresa din ce în ce mai mult. Studiile prospective ale lui A. Sheldon și ale altor viitorologi indică direcțiile și formele acestui progres, prin care arta îngrijirii sănătății va deveni o știință din ce în ce mai riguroasă, ceea ce va permite tratarea sistematică a problemelor bolnavului și îndeplinirea aspirațiilor colectivității în materie de sănătate (vezi anexa).

Uneori, cum arată I. Nuyens „datorită progresului tehnic realizat de medicină, arsenalul terapeutic și de diagnostic al medicului devine atît de vast, încît apare o prăpastie evidentă între puterea teoretică a medicinei și ceea ce aceasta poate să realizeze în practică“ (70). Chiar dacă în viitor vor fi rezolvate multe probleme, nevoia obiectivă de îngrijire a sănătății va crește odată cu creșterea nevoilor subiective și obiective ale oamenilor. De pe acum se vorbește de o tendință de „supraconsum“ medical, care solicită serviciile medicale și, se pare că, în viitor, această tendință va atinge cote ridicate. Acestui consum crescînd îi pot fi date diferite explicații, din care cele mai plauzibile par următoarele :

— prevalarea valorii sănătății în sistemul axiologic al oricărei societăți ;

— creșterea continuă a nivelului intelectual mediu, odată cu răspîndirea cunoștințelor și informațiilor cu caracter medical ;

— influența sistemului mass-media (mijloacele de comunicare de masă), care acordă din ce în ce mai multă atenție oricărui element care are tangență cu problemele sănătății.

Cel mai adesea, caracterul competitiv al problemelor și nevoilor de sănătate cu alte probleme și necesități, ca și gradul restrîns de educa-



Scanned with OKEN Scanner

ție sanitară a unor categorii de populație, par să influențeze decisiv tendințele actuale către superconsumul de îngrijiri medicale.

Organizarea și tehnicizarea îngrijirilor medicale, în ultimii ani mai ales, accelerează putința oamenilor, a societății, de a controla îmbolnăvirile și mediul care le condiționează, contribuind hotărîtor la promovarea unei condiții de bunăstare cît mai ridicată. Aspirațiile către un asemenea potențial sporit al activității medicale se oglindește atît în creșterea alocațiilor și resurselor sale de acțiune, cît și în responsabilitățile sporite care decurg din acest proces. Cu cît echipamentele și tehnologiile medicale sînt mai costisitoare, cu atît se vor profila ca fiind deosebit de importante problemele unei folosiri cît mai raționale a acestor resurse, pentru a asigura utilizarea lor cît mai corespunzătoare.

Pe de altă parte, extinderea echipamentelor tehnologice complexe în unitățile de îngrijire medicală generează o tendință accentuată a specializării personalului, pentru a le putea controla, mînui și dirija. Sistemul medical, asimilînd noi cuceriri ale tehnicii, devine din ce în ce mai bine echipat din punct de vedere tehnologic și specializat profesional, permițînd reducerea posibilității de eroare în îndeplinirea celor mai multe activități, prin reducerea timpului necesar contactului direct cu bolnavul și sporirea eficacității actului medical. Noțiunea de calitate a serviciilor sanitare nu se referă numai la efectele programelor lor de activitate privind sănătatea populației pe care o servesc, ci și la gradul de profesionalizare a personalului, ca și la cel de tehnicitate a echipamentelor și instalațiilor. Caracterul corespunzător al echipamentelor și instalațiilor medicale, al profesionalizării și specializării personalului este însă influențat, în cea mai mare parte, de alocații suficiente, de resurse financiare și materiale. De cele mai multe ori, cheltuielile pentru buna desfășurare a activității sistemului de servicii sanitare la nivel național impun o anumită ierarhizare a valorilor investite de societate în diferite sectoare de activitate socială. Se estimează, în general, că aceste cheltuieli consumă, în medie, circa 5% din totalul venitului național al majorității țărilor. Limita superioară nu este prea bine cunoscută, dar este de presupus că toate societățile au o disponibilitate limitată de fonduri pentru întreținerea sectorului de îngrijire medicală în bune condiții (113).

În S.U.A., de exemplu, costul îngrijirilor medicale a crescut cu 50% în ultimii 15 ani, înregistrîndu-se o creștere de două ori mai rapidă decît costul vieții. Costul spitalizării pe zi a crescut cu 86% în ultimii 20 de ani. În spitalele din Paris, prețul unei zile de spitalizare crescuse în anul 1976 cu 4—7,4% față de anul precedent.

Consecutiv scăderii natalității, regresiunii mortalității și prelungirii speranței de viață, s-au extins bolile cronice de durată, ceea ce a dus la creșterea sensibilă a numărului de tributari ai serviciilor de asistență medicală. Pentru unele țări însă, insuficiența mijloacelor și resurselor disponibile pune unele probleme cu privire la opțiunile și prioritățile în materie de sănătate. Specializarea crescîndă a profesiunilor medicale și dependența din ce în ce mai mare a medicinei de tehnologie antrenează după sine modificări atît în ceea ce privește formele de organizare ale serviciilor medicale, cît și în privința situației bolnavului, în jurul căreia gravitează întreg arsenalul activității acestor servicii.



Scanned with OKEN Scanner

Numeroşi autori occidentali semnalează pericolele dezumanizării introdusă în tehnică, ale „alienării" bolnavului în raport cu tehnologiile utilizate de serviciile medicale, în cadrul cărora omul este redus la un simplu corp, la un fenomen biologic care, cel puţin aparent, nu diferă de animal.

„Aparţine bunului simţ să fii conştient că tehnica dezumanizează, dacă nu punem pe primul plan omul, departe de tehnică" (70), Sau, cum observa M. Field, „industrializarea medicinei, deşi măreşte eficienţa tehnică a serviciilor, duce la multe din consecinţele care au fost observate de un secol şi mai bine la muncitorii industriali" (46).

Trebuie arătat că în societatea capitalistă adevăratele cauze ale „alienării" individului în raport cu tehnica au rădăcini mult mai profunde, fiind generate de multiplele contradicţii de clasă specifice societăţilor capitaliste, în care creaţiile tehnice realizate de producător s-au despărţit de acesta, i-au îngrădit existenţa şi s-au transformat în forţe străine şi ostile lui. „Mai precis spus, înstrăinarea omului de esenţa sa umană înseamnă dezumanizarea omului prin separarea lui istorică de produsul muncii, prin condamnarea lui la o muncă forţată şi exploatată, supunerea la o diviziune silită şi inechitabilă a muncii, dominarea lui de către o structură socială potrivnică, anularea lui ca personalitate, adaptarea lui la ordinea şi spiritul acestei condiţionări" (115).

În ceea ce priveşte situaţia din sistemul medical, se poate considera că alienarea bolnavului determinată de tehnică constă în lipsa de comunicare directă cu medicul, în depersonalizarea sa ca individ în cursul actului terapeutic, mediul spitalicesc fiind adesea un fel de „uzină medicală, unde bolnavul este mînuit ca obiect" (47). Progresul medicinei este însoţit de înstrăinarea bolnavului, ca tip de înstrăinare specifică, întrucît ea este asociată cel mai adesea cu anxietatea şi incertitudinea provocate de boală, infirmitate şi moarte.

Sensul profund uman al noţiunii de îngrijire medicală este din ce în ce mai mult înlocuit de un sens tehnic. Umanizarea actului medical, a mediului de îngrijire şi prestaţie medicală, se impune deci ca un imperativ categoric al activităţii viitoare de organizare a sistemului medical, pentru a permite combaterea „veteranismului" în medicină (tratarea omului ca organism printr-o abordare exclusiv biologică), sau ceea ce un autor denumea „rigoarea glacială a unei medicine care serveşte societatea, dar ignoră pe individ".

Mobilizarea resurselor spirituale ale medicului în acest scop poate fi mult mai eficientă (şi profund umană) decît manipularea resurselor materiale.

## 8.4. PROBLEME COMPARATIVE PRIVIND FUNCŢIILE SISTEMELOR MEDICALE ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ

### 8.4.1. TENDINŢE VIITOARE ŞI CONTRADICŢII ACTUALE ALE SISTEMULUI MEDICAL CONTEMPORAN

Viitorul medicinei constă în activitatea prioritară de prevenţie, afirmă mulţi specialişti, iar această funcţie de bază a medicinei impune noi dimensiuni organizatorice şi profesionale ale prestaţiilor, cărora societatea le acordă o importanţă din ce în ce mai mare şi le alocă noi resurse



Scanned with OKEN Scanner

de acțiune. Cottrell afirmă că „gradul de reglementare față de o funcție viitoare variază direct cu gradul de importanță care-i este dat și de precizia procedurilor folosite de societate, pentru a indica schimbarea intervenită în funcție" (116).

Noile probleme de organizare a sănătății publice cu care se confruntă medicul în acțiunile preventive au consecințe importante asupra modalităților sale de specializare în acest sector. De multe ori însă această situație este ignorată sau i se acordă puțină importanță.

Un colectiv de cercetători din S.U.A. a studiat, de exemplu, alegerea de către studenții de medicină a domeniului sănătății publice ca specialitate și a observat că aceștia consideră, în cea mai mare parte, sănătatea publică ca o specialitate „de mîna a doua", pentru care nu manifestă nici o atracție.

Un alt studiu efectuat asupra a 1 129 de lucrători din domeniul sănătății publice din patru state din S.U.A. și din secțiile locale de sănătate publică a constatat că numai 17% din numărul lucrătorilor profesioniști și-au început direct activitatea în acest domeniu.

„Întrucît activitatea din domeniul sănătății publice tinde să aibă un nivel profesional mai ridicat, dat fiind că se pune din ce în ce mai mult accentul pe pregătirea profesională a personalului în școli de sănătate publică și deoarece serviciile de sănătate publică au din ce în ce mai multe tangențe cu îngrijirea medicală, instruirea personalului în acest domeniu tinde să fie mai grea și influențează de multe ori negativ problemele de opțiune" — arăta Lazarsfeld (117).

Se manifestă deci, cel puțin pentru o anumită perioadă o contradicție specifică între importanța acordată problemelor organizării sănătății publice și structura activităților medicale, modelată mai mult în funcție de exigențele prezente decît de cele viitoare. Mulți sociologi, printre care P. H. Chombart de Lauwe (118) și Mark Field (46), subliniază ca o caracteristică a prezentului, lipsa de armonie dintre evoluția necesităților medicale și cea a tehnicilor lor de realizare. Dacă admitem însă că studiile prospective și prognoza medicală trebuie să aibă în vedere în primul rînd îmbunătățirea caracteristicilor funcționale ale instituțiilor, organismelor, construcțiilor și dotărilor tehnice ale asistenței sanitare viitoare, este evident că acestea trebuie să corespundă atît nevoilor prezente, actuale, cît și trebuințelor-aspirații create în mod necesar de organizarea și mecanismele sociale ale viitorului.

De multe ori, în încercările de a descrie viitorul model de asistență medicală, efectuate de diferite organisme naționale de planificare, unii cercetători abordează cel mai adesea problemele viitorului de pe pozițiile prospectării unor nevoi actuale, la care știința medicală nu a putut găsi încă soluții tehnice și organizatorice administrative.

Elling arăta că domeniul ocrotirii sănătății trebuie să înfrunte astăzi nenumărate probleme organizatorice și profesionale, care atrag după sine consecințe asupra randamentului prestațiilor. „Organizațiile și profesiunile medicale s-au înmulțit atît de mult, încît cheltuielile lor, lipsa lor de personalitate birocratică și eficacitatea lor sînt puse adesea sub semnul întrebării" (119).

Cercetările publicate în prezent nu izbutesc să modeleze proiectiv viitoarea situație medicală („Spitalul anului 2000") limitîndu-se mai mult



Scanned with OKEN Scanner

la aspecte funcțional-arhitectonice, decît la obiective de organizare, cu atît mai mult cu cît experiența prezentă le consideră de primă importanță.

Este evident că modelul de îngrijire medicală a viitorului va trebui să cuprindă obligatoriu elementele de bază ale construcției și dotației corespunzătoare tehnicilor și tehnologiilor viitoare. Dar aceste tendințe de „industrializare a medicinei și a actului medical", bazate pe extinderea din ce în ce mai largă a profesionalizării, pe exercitarea acțiunilor medicale în mod integrat „multi"- și interdisciplinar, impun din ce în ce mai pregnant o relație de tip echipă operațională-colectivitate.

Participarea publicului la deciziile medicale nu constituie decît una din multiplele tendințe care se conturează în viitor și care permite ieșirea actului medical din limitele strict curativiste, pentru a se integra într-un larg context al sănătății bio-psiho-sociale.

Dacă, așa cum considera A. Etzioni, „cel puțin pentru o perioadă există un conflict între importanța unei probleme și modalitățile ei de rezolvare de care dispunem", în cazul sistemului medical, acest conflict va putea fi depășit printr-o distribuire și o organizare mai raționale ale programelor medicale în raport cu cerințele actuale și de perspectivă ale societății.

### 8.4.2. ASPECTE DISFUNCȚIONALE ALE ACTIVITĂȚII MEDICO-SOCIALE

Una dintre problemele fundamentale cu care sînt confruntate în prezent majoritatea sistemelor medicale este costul ridicat al îngrijirilor medicale (tehnologie, echipamente, servicii etc.), care crește proporțional cu durata tratamentului și cu gradul de agresivitate a bolii. Problemele legate de costul sănătății cer astfel, nu numai raționalizarea și controlul cheltuielilor sanitare, ci pun și problema repartizării judicioase a investițiilor, a repartizării bugetului pentru rezolvarea definitivă și instituirea deplină a unui „drept la sănătate" pentru întreaga populație. Statisticile indică faptul că în ultimii ani numărul de servicii sanitare pe cap de locuitor a crescut proporțional cu creșterea speranței de viață și, respectiv, cu sporirea numărului de cazuri datorate bolilor cronice, care necesită nu numai un tratament ambulatoriu, ci și tratament în spital. Pe de altă parte, solicitarea crescîndă a serviciilor și organizațiilor de ocrotire a sănătății a determinat și determină în continuare căutarea celor mai nimerite soluții pentru forme de instruire superioară a cadrelor, pentru recrutarea noului personal, pentru extinderea și distribuirea rațională a acestuia în teritoriu. Sporirea extrem de rapidă a personalului care lucrează în domeniul ocrotirii sanitare a populației (medici, personal auxiliar, aparat paramedical) este un fapt constatat în ultimii ani, în majoritatea țărilor din Europa.

În anuarul Organizației Mondiale a Sănătății privind personalul de sănătate se arată că în prezent există în lume circa 3 342 587 de medici, ceea ce înseamnă că revin la un medic 1 237 locuitori. Acest raport variază extrem de mult în funcție de zonele geografice. Astfel, dacă în Europa revin 552 de locuitori la un medic, în America sud-tropicală (fără Argentina și Chile) numărul de locuitori la un medic este de 1 596, în Asia revin la un medic 2 877 de locuitori, în Africa revin 5 434 de locuitori



Scanned with OKEN Scanner

la un medic, iar în Africa Orientală 17 480 locuitori. Pentru a se menține actuala densitate medicală numărul medicilor ar trebui să crească cu circa 24 la sută în Europa, cu 115 la sută în Asia și cu 136 la sută în America Latină și Africa.

Oricum, în ultimii 20 de ani, numărul de medici din întreaga lume s-a dublat, dar pentru menținerea actualului raport dintre cadrele medicale cu pregătire superioară și populație, va fi necesar ca efectivul lor să crească de încă două ori, pînă la sfîrșitul acestui secol.

În raport cu toate aceste date, necesitatea unei distribuiri cît mai raționale a resurselor și mijloacelor medicale constituie un obiectiv principal al oricărui sistem medical și, totodată face parte integrantă din ansamblul de măsuri social-politice inițiate de guvernele fiecărei țări în parte. Desigur, aceste probleme se manifestă diferit, în contexte social-politice diferite, în funcție de accentul pus de diferitele țări pe cota de investiții economice în sectorul sanitar, pe alocarea unor resurse planificate, a unei părți din venitul național, pentru cheltuielile din domeniul ocrotirii sănătății.

Totodată, valoarea cheltuielilor investite în acest domeniu se manifestă diferit de la o țară la alta, în funcție de sistemele de planificare și proporțional cu investițiile cerute de alte sectoare sociale. Chiar în sisteme economice cum este cel din S.U.A., unde planificarea medicală are un caracter descentralizat, valoarea investițiilor făcute în scopul dezvoltării sectorului de îngrijiri medicale este apreciată în legătură cu alte necesități sociale și cu condițiile politice. Alta este situația țărilor socialiste, în care planificarea sectorului de ocrotire a sănătății constituie parte integrantă a politicii de stat în domeniul ridicării bunăstării materiale și spirituale a oamenilor muncii. Aici sănătatea este privită ca un bun uman și economic, ca formă esențială a proprietății de stat și, de aceea, se alocă fonduri mari pentru menținerea și dezvoltarea ei. Prioritatea acordată domeniului ocrotirii sănătății este vizibilă atît în rata ridicată a investițiilor alocate, cît și în măsurile luate în vederea extinderii și modernizării rețelelor de servicii.

Pe baza tuturor acestor constatări se poate înțelege că sănătatea nu este doar o problemă de valorizare socială, ci și una politică, ce se manifestă extrem de diversificat și de nuanțat în diferite țări. Chiar în cazul țărilor capitaliste situația este diferită, fiind dependentă de ansamblul de structuri politice interne. Comparînd de exemplu, S.U.A. cu Anglia, observăm că în cele două țări politica investițiilor sanitare se manifestă pe două baze diferite. În Anglia, alocarea fondului de investiții pentru domeniul sanitar este dependentă în cea mai mare parte de hotărîrile luate la nivel central. În S.U.A., care are un sistem de investiții medicale mixt (finanțat de mai multe surse), alocațiile de fonduri depind atît de programele guvernamentale, cît și de formele de filantropie particulară și de contribuțiile solicitanților. Unii autori și planificatori de sănătate consideră chiar că sistemele mixte de investiții medicale sînt mai avantajoase decît cele sprijinite de o singură sursă — centrală —, deoarece se consideră că „investițiile mixte stimulează mult mai mult ameliorarea și experimentarea, în timp ce o singură sursă de finanțare tinde să perpetueze sistemul existent“ (122).



Scanned with OKEN Scanner

Deseori, problemele legate de cheltuielile medicale sînt supralicitate în detrimentul altor probleme, referitoare mai ales la scopurile sociale, în raport cu care sînt făcute aceste cheltuieli. Y. Nuyens arată că, uneori, „în materie de organizare, *planning* și conducere a îngrijirii sănătății, se pornește de la un raționalism economic, unilateral, sau de gestiune a mijloacelor, ceea ce face ca punctul de vedere al mijloacelor să prevaleze în final asupra problemei obiectivelor" (70). Tratamentul bolilor cronice se extinde, de exemplu, pe durate extrem de mari, cu puține speranțe de vindecare deplină, dar cu destule șanse de stabilizare a progresiunii bolii. Durata lungă a majorității bolilor cronice (diabetul, de pildă) ridică probleme care interesează atît aspectele vieții personale a celor afectați, cît și cele cu caracter financiar și economic, privitoare la resursele pe care societatea le investește în acest scop. Probleme la fel de importante, care se află în atenția factorilor planificatori sînt cele legate de calitatea și complexitatea modurilor de îngrijire, ca și de îndestularea acestor servicii, în raport cu cererile populației. Numeroase comparații cu caracter internațional au dovedit însă că durata de spitalizare diferă nu numai în raport cu gravitatea bolii și durata tratamentului, ci și cu posibilitatea serviciilor din diferite țări de a asigura îngrijiri pe termen lung. De exemplu, în cazul S.U.A., Angliei și Suediei, s-au făcut calcule și estimări care au dovedit că durata de spitalizare diferă în funcție de existența unor oportunități (număr de paturi, echipamente, personal disponibil etc.), ca și a măsurilor stabilite în acest scop de organele de planificare. De pildă, în S.U.A. și Suedia sînt admise în spitale, în medie, 130 persoane la 1 000 de locuitori anual ; în Anglia această proporție este de numai 88 la 1 000. In timp ce media zilelor de spitalizare pentru un bolnav în S.U.A. nu depășește 8 zile, media spitalizării în Anglia și Suedia este de aproximativ 15 zile (43).

Ca urmare, multe dintre problemele de îngrijire sînt lăsate în seama unităților de tratament ambulatoriu și a altor servicii, ceea ce ridică alte probleme, referitoare la coordonarea judicioasă între diferite activități cu caracter medical. Calitatea serviciilor de îngrijire depinde atît de gradul de competență și specializare a cadrelor, cît și de alți factori complecși, cum ar fi eficiența cu care este organizată și administrată îngrijirea, disponibilitatea și repartizarea resurselor, modernizarea echipamentelor și tehnologiei etc.

Complementar, estimarea corectă a necesarului de personal, a numărului de medici și a proporției personalului auxiliar în raport cu cererile, constituie o problemă de planificare cu consecințe extrem de importante pentru gradul de eficacitate și eficiență a serviciilor de îngrijire. Mult mai important decît numărul cadrelor medicale se arată a fi gradul de specializare și profesionalizare, ca și formele de distribuție și de răspîndire ale acestora în cadrul populației, pentru a putea asigura îngrijiri optime unor persoane din regiuni geografice și medii diferite. Pentru bolnavii din multe țări capitaliste, accesul la serviciile sanitare — în pofida sistemelor de asigurare și asistență socială — este îngreuiat, în măsura în care nu dispun decît de mijloace financiare modeste pentru asigurarea unui tratament corect. Inegalitatea șanselor în fața bolii și morții este aici o realitate cu care mare parte a populației se confruntă permanent.



Scanned with OKEN Scanner

Pe de altă parte, absența unui sistem coordonat de planificare, în aceste țări, face ca mulți factori care intră în componența organizării serviciilor medicale, să fie slab sau ineficient controlați. Statisticile semnalează că foarte mulți profesioniști din aceste servicii preferă să lucreze în ariile urbane, unde pot dispune de o gamă mai largă de facilități de natură socială și culturală. Alteori, exodul medicilor către alte țări contribuie tot atît de mult la îngreuierea sarcinilor unei planificări riguroase la nivel național.

Pe de altă parte, creșterea numărului de specialiști duce la reducerea numărului medicilor de medicină generală, ceea ce generează extinderea responsabilităților și fragmentarea lor într-un cadru neintegrat și lipsit de coordonare unitară. Aceasta constituie una dintre cele mai importante dificultăți pentru conducerea serviciilor medico-sanitare din toate țările, deoarece medicul generalist este mult mai apt decît specialistul să acorde bolii un înțeles structural și cauzal, simpla ei tratare simptomatică nefiind suficientă. „Dacă temelia sistemului — medicii de medicină generală — este șubredă, sublinia M. Sokolowska, se clatină întregul edificiu al actualului serviciu medico-sanitar, devenind un colos cu picioare de lut și astfel total disfuncțional. Nici un sistem al serviciului medico-sanitar nu va fi în stare să realizeze scopurile lui principale, atîta timp cît nu se va rezerva, în cadrul acestuia, locul cuvenit medicului generalist“ (126).

O bună planificare medicală necesită pe de o parte stabilirea unor obiective cu rolul de a optimiza raporturile dintre specialist și medicul generalist, acordînd ultimului rolul cuvenit, iar pe de altă parte, integrarea activității medicale în ansamblul activităților cu caracter social, exercitate de alte instituții și organizații sociale. În majoritatea țărilor se recunoaște valoarea care trebuie acordată coordonării diferitelor activități ale serviciilor medicale cu activitatea altor sectoare și servicii sociale.

Din acest punct de vedere, se consideră în general, că multe dintre problemele bolnavului pot fi rezolvate nu numai în cadrul serviciilor medicale, dar și în afara lor, cu sprijinul celorlalte instituții și organizații sociale. Medicul ocupă o poziție privilegiată ; el are acces la datele și problemele sociale ale bolnavului care nu sînt de competența serviciilor sectorului de îngrijire a sănătății și poate constitui un sprijin prețios pentru întocmirea unui plan coordonat de acțiune a instituțiilor care se ocupă de aceste probleme. În multe țări această chestiune este ignorată și trecută în sarcina unor persoane și organizații voluntare, problema coordonării activității diferitelor instituții sociale avînd de exemplu — în cazul majorității țărilor capitaliste — un caracter neplanificat și aleatoriu.

În aceste țări, printre care S.U.A., măsurile elaborate în vederea îndeplinirii acestui obiectiv au un caracter izolat, strict local, lipsind formele de integrare și de organizare colectivă, la scară națională, a activității instituționale. Contribuie la aceasta, în primul rînd, formele descentralizate ale organizării statale federale, ca și problemele diferite cu care se confruntă diferitele autorități locale. Pentru alte țări, printre care și Anglia, absența unui sistem unitar de coordonare a activității serviciilor sanitare, existența unor paralelisme între diferitele acțiuni și responsabilități, constituie problemele cele mai importante și ele afectează în cel mai înalt grad eficacitatea îngrijirilor.



Scanned with OKEN Scanner

Sistemul medical din ţara noastră, ca sector de bază al activităţii sociale, se află sub directa conducere şi îndrumare a factorului politic, ceea ce face ca multe din problemele ivite în acest domeniu să capete o rezolvare optimă, la nivel centralizat. Funcţia de planificare constituie un domeniu principal în care se exercită suveranitatea statului nostru socialist, care coordonează unitar şi armonios planurile elaborate de diferitele sectoare de activitate socială — inclusiv cel privind sănătatea —, în scopul asigurării celei mai depline bunăstări populaţiei.

În condiţiile ţării noastre, sănătatea reprezintă una din cele mai mari valori, o bogăţie socială, o formă esenţială a „proprietăţii de stat" (Lenin), care odată instituţionalizată, a asigurat şi asigură condiţii optime de dezvoltare plenară a capacităţilor omului, de dezvoltare deplină a membrilor societăţii. Instituţionalizarea medicinei şi organizarea unitară a diferitelor categorii de unităţi medicale, în cadrul unui sistem naţional, a permis pe de o parte modificarea sistemului tradiţional de asigurări sociale, iar pe de altă parte, autonomia actului medical a trecut integral în sarcina instituţiilor medicale, de asemenea controlate şi administrate de stat.

Cadrul legislativ existent, oferit de noua lege sanitară, planificarea, finanţarea şi coordonarea centralizată de către stat a acţiunii de ocrotire a sănătăţii a permis instituirea unor forme complexe de organizare a prestaţiilor medicale, concretizate în spitale, policlinici, circumscripţii, dispensare, unităţi de recuperare, centre preventive etc., cu funcţionalitate specială pentru menţinerea şi protejarea sănătăţii. Ceea ce este important de reţinut din politica statului nostru în legătură cu crearea acestor „centre de sănătate", este promovarea unor principii de egalitate deplină a accesului populaţiei la prestaţii, de gratuitate a îngrijirilor, de îmbinare armonioasă a problemelor economice şi sociale, de ocrotire a sănătăţii. Pentru satisfacerea necesităţilor populaţiei se pune un mare accent nu numai pe problemele economice, dar mai ales pe componentele umaniste şi etice ale îngrijirii sănătăţii omului, ale uşurării vieţii acestuia, ale dezvoltării sale multilaterale şi complexe, în spiritul celor mai depline principii de echitate socialistă.

Coordonarea raţionalismului economic şi a umanismului socialist, subordonarea raţionalităţii economice intereselor de dezvoltare a sănătăţii omului, reprezintă un punct de bază al concepţiei sistemului nostru politic. În virtutea acestui fapt, activitatea instituţiilor medicale, îndreptată către păstrarea şi dezvoltarea sănătăţii, trebuie ea însăşi analizată ca un factor real al progresului economic şi social al ţării noastre, „reproducţia" sănătăţii, a forţei de muncă „sănătoase", constituind un factor deosebit de important al funcţionării producţiei şi societăţii. Chiar dacă, aparent, unele măsuri privind ocrotirea sănătăţii nu au justificare economică (de exemplu, prelungirea vieţii, lupta pentru păstrarea vieţii celui care nu are nici o şansă de supravieţuire), ele trebuie privite din punct de vedere social medical şi umanitar. „Sănătatea şi bunăstarea omului stau de multe ori mai presus de orice criterii economice şi în afara lor" (127), sublinia G. Ţaregorodţev.



Scanned with OKEN Scanner

Aceasta nu înseamnă, evident, neglijarea problemelor economice ale administrării judicioase a instituțiilor medicale, ci, dimpotrivă, coordonarea activității lor, a modului de folosire a resurselor în raport cu prioritățile, a obținerii unor rezultate eficace și eficiente în raport cu mijloacele investite.

Există însă și situații în care nu toate problemele ridicate de organizarea și administrarea sistemului medical sînt rezolvate în mod optim ; uneori, în domeniul asistenței medicale se semnalează rămîneri în urmă față de celelalte sectoare sociale, fapt determinat, pe de o parte de complexitatea sarcinilor din acest sector (caracterizate prin îmbinarea laturii curative cu cea preventivă), iar pe de altă parte de ansamblul deosebit de vast al instituțiilor cu profil medical, care necesită eforturi mari de coordonare.

Din punctul de vedere al problemelor cu care se confruntă sistemul medical, se consideră că următoarele sînt mai importante :

a. *utilizarea eficientă a capacităților de spitalizare.* Cu toate că există un număr relativ mare de paturi de spital, se constată uneori variații mari în utilizarea lor, existînd unități în care valoarea indicelui care exprimă ocuparea medie a unui pat în cursul unui an diferă foarte mult. Aceasta reprezintă irosire de fonduri și forță de muncă, generînd în același timp prejudicii ale populației, care nu poate beneficia integral de prestațiile medicale.

Alteori, supraaglomerarea unor spitale are ca urmare consumuri specifice mărite, ceea ce se răsfrînge asupra calității îngrijirilor și asupra confortului bolnavilor. Adesea, zilele de spitalizare irosite, pînă la precizarea diagnosticului sau efectuarea intervențiilor, reprezintă atît importante daune economice, cît și factori de limitare a gradului de satisfacere a cerințelor de spitalizare a populației. În vederea eliminării acestui neajuns s-au luat măsuri pentru o mai bună organizare și raționalizare a activității, prin întărirea legăturilor funcționale dintre spital și policlinică, prin intensificarea unei concepții și metodici unitare în problemele de conducere a sectorului sanitar, prin analiza oportunităților și evaluarea priorităților ;

*b. accesibilitatea maximă a populației la prestațiile medicale.* Tendințele morbidității populației se modifică permanent, în raport cu evoluția societății. Sănătatea și boala depind în mare măsură de influențele generate de condițiile de muncă și viață, ca și de gradul de accesibilitate la toate prestațiile medicale, a căror lipsă creează condiții favorabile creșterii morbidității.

În ceea ce privește eficiența asistenței medicale, există, uneori, o dezvoltare și accesibilitate inegală a ei pe teritoriu, în raport cu mediul (urban-rural), ca și diferențieri ale rețelei în gradul ei de specializare (centre urbane).

În acest sens s-a subliniat, cu ocazia constituirii Consiliului Sanitar Superior că „nu trebuie obligați cetățenii să vină spre marile centre — ceea ce este costisitor, greu de realizat — ci să se apropie asistența sanitară de toate localitățile unde se află populația". Or, mai mult de jumătate din populația țării noastre locuiește în comune, unde trebuie așadar asigurată asistența medicală.



Scanned with OKEN Scanner

De aceea, elaborarea unor măsuri cum ar fi : distribuirea raţională în teritoriu a reţelei de unităţi medicale şi a cadrelor, optimizarea asistenţei medicale ambulatorii şi a celei de urgenţă, evitarea tergiversărilor, a trimiterii bolnavilor de la o unitate la alta, redistribuirea aparaturii medicale, pot să asigure rezolvarea deficienţelor în domeniul accesibilităţii;

*c. administrarea judicioasă a bazei materiale din unităţile sanitare medicale.* Problemele de administrare a bazei materiale nu sînt totdeauna rezolvate eficient, înregistrîndu-se uneori : utilizarea neraţională a laboratoarelor şi a serviciilor tehnice-materiale, a aparaturii din dotarea unităţilor, administrarea nejudicioasă a medicamentelor, organizarea empirică a activităţii serviciilor auxiliare ş.a.m.d. Survin astfel, numeroase probleme, legate de evitarea decalajului între necesităţi şi posibilităţi, între cerinţele populaţiei în continuă creştere şi posibilităţile asistenţei medicale de a le satisface. Aceasta înseamnă determinarea, pe baza rezultatelor unor studii şi experimente, a celor mai corespunzătoare forme de organizare, tipuri de instituţii şi metode de lucru, care, cu acelaşi efort financiar sau cu unul mai redus, să satisfacă cu maximum de eficienţă exigenţele crescînde ale populaţiei (128).

Complementar tuturor acestor probleme, cele legate de îmbunătăţirea formelor de conducere, planificare, decizie, informare şi evaluare a rezultatelor unităţilor medicale, problemele simplificării structurilor organizatorice, ale reducerii treptelor ierarhice pentru apropierea deciziei de factorul de execuţie, ale perfecţionării dirijării şi distribuirii personalului şi ale reaşezării structurale a tipurilor de servicii, necesită rezolvări la fel de temeinice şi de riguroase.

Odată cu transformările care au loc treptat în toate domeniile vieţii sociale, se preconizează măsuri noi, legate de îmbunătăţirea formelor şi metodelor de conducere şi organizare a sectorului de ocrotire a sănătăţii din ţara noastră.

Corespunzător indicaţiilor conţinute în documentele partidului, în acest domeniu apar acţiuni numeroase, legate de intensificarea preocupărilor privind cunoaşterea şi aplicarea celor mai moderne principii şi metode care fundamentează ştiinţific politica de decizie, pentru a putea determina ordinea de prioritate a acţiunilor, ca şi eficacitatea rezultatelor. Printre cele mai importante sarcini, în acest domeniu se numără :

— ridicarea întregii activităţi de asistenţă medicală pe o treaptă superioară, în condiţiile permanentei creşteri a accesibilităţii şi operativităţii ei ;

— angajarea fiecărei unităţi de prestaţie medicală în circuitul protejării sănătăţii, cu toate resursele şi rezervele ei interne :

— îmbunătăţirea organizării muncii cadrelor medico-sanitare, odată cu creşterea gradului de utilizare a acestora şi cu distribuirea lor raţională în teritoriu ;

— sporirea adaptabilităţii unităţilor sanitare la cerinţele din ce în ce mai numeroase şi mai variate ale populaţiei, ca şi integrarea medicinei în cadrul proceselor dezvoltării social-economice ;

— perfecţionarea raporturilor dintre diferitele tipuri de instituţii medico-sanitare, dintre acestea şi instituţiile sociale.



Scanned with OKEN Scanner

Pentru a spori posibilitățile conducătorilor de unități sanitare de a lua decizii științific fundamentate, este necesară îmbunătățirea actualului sistem informațional practicat în sectorul sanitar, cu simplificarea evidențelor, accelerarea prelucrării și transmiterii informațiilor, precum și determinarea celor mai reprezentativi indicatori de performanță zilnică și periodică. Dată fiind complexitatea factorilor care influențează eficiența unităților sanitare, este necesară utilizarea metodelor statistice-matematice și sociologice, pentru studierea raporturilor și corelației dintre factori și determinarea ponderii acestora în ansamblu.

Așa cum considera academicianul Th. Burghele — „nu se poate admite limitarea asistenței medicale la caracterul ei exclusiv curativ" (129). Noua structură a unităților sanitare, legînd organic spitalul de policlinică, de ambulatoriu și de toate unitățile ce au drept scop aplicarea riguroasă a principiului profilactic, constituie cadrul material și organizatoric cel mai important pentru realizarea obiectivelor trasate de partid în domenul ocrotirii sănătății.

Programul P.C.R. de făurire a societății socialiste multilateral dezvoltate și de înaintare a României spre comunism prevede că cele mai importante măsuri vor fi îndreptate către îmbunătățirea activității medicale preventive, pentru lărgirea și perfecționarea rețelei de asistență sanitară (policlinici, spitale, preventorii, case de nașteri etc.) corespunzător celor mai moderne exigențe medicale.

Astfel, creșterea răspunderii tuturor verigilor de conducere din sistemul de servicii și prestații medicale din țara noastră, intensificarea muncii de organizare și administrare judicioasă a resurselor, a formării și educării cadrelor din punct de vedere tehnic, profesional și etic, rezolvarea optimă a cerințelor populației, vor putea asigura în întregime îndeplinirea obiectivelor elaborate de Congresul al XII-lea în domeniul sănătății, sintetizate în Programul-directivă de creștere a nivelului de trai în perioada 1981—1985 și de ridicare continuă a calității vieții.

Sistemul medical din țara noastră a înregistrat și înregistrează în continuare progrese importante în activitatea de promovare a unei condiții optime de bunăstare fizică, psihică și socială a membrilor societății. El este chemat să înțeleagă în continuare îndatoririle multiple ce-i revin și să contribuie cu toată capacitatea-i de acțiune la îndeplinirea vastului program de ocrotire a sănătății, elaborat de partid, în interesul fiecărui membru al societății.

Importanța acestor obiective, corespunzînd grijii partidului pentru ridicarea bunăstării materiale și spirituale a oamenilor muncii, rezultă din complexitatea sarcinilor actualei etape, din modul armonios în care se îmbină cerințele economice cu umanismul socialist. Din acest punct de vedere, sublinierile conținute în Programul partidului sînt deosebit de edificatoare : „În centrul politicii generale a partidului și statului nostru, de edificare a societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintare spre comunism, se va afla permanent omul — factorul esențial al întregii dezvoltări economico-sociale — satisfacerea plenară a cerințelor sale de viață, în continuă creștere și diversificarea, afirmarea neîngrădită a personalității umane" (72).



Scanned with OKEN Scanner

## 8.5. PROGRAME STRATEGICE ÎN DEZVOLTAREA SĂNĂTĂȚII

Toate aspectele menționate în legătură cu programele medicale de planificare, organizare și conducere a sănătății nu constituie decît o mică parte din ansamblul problemelor cu care se confruntă sistemele medicale contemporane.

Domeniul „cunoașterii problemelor" nu constituie decît unul dintre multiplii factori interesînd planificarea. Pentru a înțelege rolul acestora în ansamblul procesului de planificare, este necesar să surprindem meca-

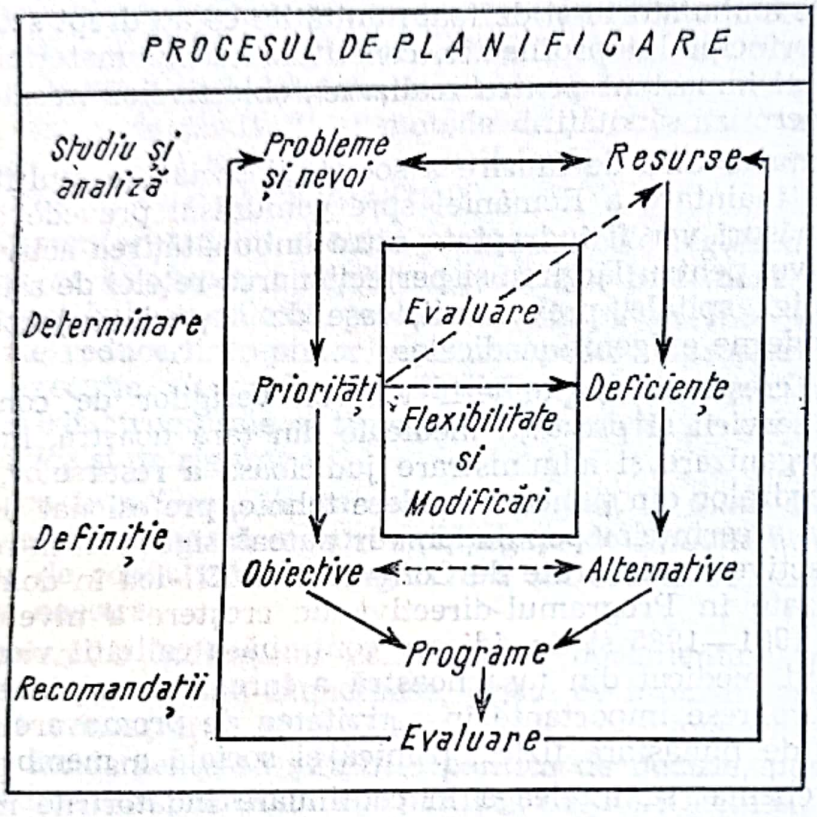



*Fig. 26.* — Procesul de planificare. Planul este un complex de decizii cu privire la viitorul unei instituții, planificarea fiind o operație sistemică destinată stabilirii ritmului și etapelor activității într-un anumit domeniu. Planul sanitar este consecința firească a concluziilor furnizate de studiile previzionale, a căror menire a fost, pînă la întocmirea planului, să formuleze obiectivele și să aleagă prioritățile, precum și să elaboreze strategiile pe baza confruntării nevoilor și posibilităților. Unii autori includ totalitatea analizelor și studiilor previzionale în activitatea de planificare, referindu-se la ele ca la „operații pregătitoare" ale planului O caracteristică a programelor constă în faptul important că leagă obiectivele de resursele financiare avînd ca bază aceleași costuri utilizate la calculul economic al nevoilor. (J. Rochon — La planification et ses différentes étapes dans le secteur de la santé, L'hopital d'aujourd'hui, Dec. 1969, pag. 15 — 20).

nismul integral prin care se realizează acest proces, în fiecare sistem medical, adică fazele desfășurării planificării.

Ca etape ale activității sistemului medical menționăm :



Scanned with OKEN Scanner

### 8.5.1. FIXAREA OBIECTIVELOR (planificării)

În acest proces trebuie să se țină seama de evoluția previzibilă a colectivității și a factorilor care vor exercita o influență asupra stării ei de sănătate, ca și de resursele financiare și de personal de care va putea dispune probabil, sistemul medical. Fixarea obiectivelor trebuie să se bazeze pe conceperea perspectivelor, în directă legătură cu cele mai largi priorități, cu obiectivele politice, sociale și economice ale societății, ceea ce presupune analiza și evaluarea diferitelor procese sociale de către echipele formate din cadre de diferite specialități medicale și nemedicale, care pot găsi metode comune de rezolvare. Acțiunea de planificare în echipă a fost realizată, de exemplu, de Biroul regional O.M.S. pentru Europa, în colaborare cu ministerele sănătății din diverse țări (U.R.S.S., Franța, România, Suedia, Bulgaria) cu ocazia cursurilor superioare de planificare sanitară.

Fixarea obiectivelor cuprinde și ea subetape, din care cele mai importante sînt :

— identificarea necesităților de acțiune (delimitarea ariilor care solicită rezolvarea unor probleme, ce pot fi soluționate prin aplicarea obiectivelor) ;

— stabilirea scopurilor și intențiilor finale ;

— delimitarea populației care va beneficia de aplicarea obiectivelor din programul de planificare.

Un rol important îl are, în etapa fixării obiectivelor, examinarea valorilor determinate de caracterul programelor. Michael Dolfman face o deosebire între valoarea intrinsecă, ce se referă la convingerile individuale privitoare la conceptul de sănătate (de exemplu : „sănătatea este un drept", „ea este bunul cel mai de preț") și valoarea extrinsecă, ce se referă la programe de acțiune (de exemplu : „educația sanitară este de o deosebită importanță în profilaxia bolilor" etc.) (124).

Importanța fixării obiectivelor de planificare derivă din mandatul încredințat de societate sistemului medical pentru a rezolva problemele sănătății și bolii cît mai eficace și cît mai rațional cu putință. De aceea, aceste obiective trebuie elaborate și specificate, ținînd seama de condițiile în care se manifestă bunăstarea fizică, psihică și socială a membrilor societății. Planificarea nu poate fi considerată ca un clișeu atașat oriunde și oricînd, la diferitele funcții tehnice ale organizației medicale, ci un proces continuu și dinamic, care poate fi modificat și aplicat în chipuri diferite, în condiții diferite. Fiecare sistem medical național constituie un caz particular al unui sistem de planificare, structurat pe „măsura" condițiilor sociale în care este integrat.

### 8.5.2. STABILIREA OPȚIUNILOR LEGATE DE APLICAREA ÎN PRACTICĂ A OBIECTIVELOR

Ținînd seama de condițiile existente, planificatorul examinează posibilitățile de actualizare a obiectivelor, în lumina resurselor de care dispune sistemul medical, decizînd asupra strategiei particulare și indicînd clar rațiunea care a stat la baza alegerii sale. În această etapă se utilizează metode și tehnici din care cele mai importante sînt indicii statistici, metodele de anchetă, metodele de evaluare și previziune și meto-



Scanned with OKEN Scanner

dele calitative. Tehnicile care pot ajuta la luarea unei decizii de planificare cuprind următoarele etape de realizare :

— sistematizarea informațiilor (proiect de cercetare și dezvoltare, cercetări documentare, comparații internaționale, metode de participare nondirectivă etc.) ;

— analiza efectelor de opțiune (experimentare și evaluare) ;

— analiza activității, analiza cost-beneficiu, analiza cost-eficiență ;

— stabilirea „evantaiului" de decizii pentru a analiza „riscurile" pe care le comportă diversele soluții ;

— construirea unor modele, folosirea cercetării operaționale pentru estimarea beneficiilor relative care pot fi obținute, ținînd seama de obiectivele și de cuantumul de cheltuieli.

Pentru determinarea opțiunilor pot fi utilizate planuri detaliate, care expun obiectivele, datele și resursele, prevăzînd factorii de supraveghere și control ; atribuirea de resurse financiare cuplate cu un sistem de control bugetar ; enunțarea strategiilor ; evaluarea necesității schimbării ; cercetări asupra acțiunilor de schimbare etc.

Grupul de studii pentru o reformă a medicinii (G.E.R.M.) din Belgia propune cinci opțiuni, considerate ca linii directoare pentru orice politică sanitară (125) :

— *Îmbunătățirea sănătății necesită participarea efectivă a colectivității la luarea deciziilor medicale,* pentru că, de foarte multe ori, rolul de decizie este monopolizat de medic, iar bolnavul este redus la un rol pasiv, în virtutea „perceperii magice a actului medical", a atitudinii lui de profan în fața competenței „tehnice" a medicului. Adesea, conștient sau nu, „medicul este interesat în a păstra neechivalența raportului „magic" cu bolnavul, ceea ce îi ușurează munca, și-i asigură prestigiu și venituri".

— *Organizarea medico-sanitară trebuie să țină seama de contextul social-economic și cultural general.* Orice formă de îngrijire medicală trebuie să asigure cel mai înalt nivel de sănătate populației, știut fiind că beneficiul investițiilor în acest sector social se măsoară prin ameliorarea bunăstării și ridicarea calității existenței umane. Deciziile medicale depășesc, ca urmare, cadrul strict specializat al organizării medicale, impunînd o fundamentare politică, care să țină seama de ansamblul factorilor existenți în societate.

— *Organizarea serviciilor de sănătate trebuie să fie concepută în asemenea manieră, încît să răspundă nevoilor sănătății întregii populații.* Îngrijirea sănătății trebuie să tindă spre suprimarea obstacolelor de natură psihologică, socială sau financiară, pentru a asigura accesibilitatea tuturor membrilor societății la serviciile de ocrotire a sănătății. Dificultățile de natură psihologică constau în „credințele" bolnavului asupra inutilității consultului medical, în refuzul acestuia, în măsura în care supunerea sa la examene, în raport cu o tehnologie dezumanizantă, este resimțită ca o degradare a personalității.

— *Organizarea medico-sanitară trebuie să fie o organizare dinamică, iar progresele ei să se sprijine pe o evaluare științifică, obiectivă și continuă a noilor dimensiuni ale sănătății.* Este necesar, de aceea, ca măsurile privitoare la sănătate să nu rezulte dintr-o evaluare empirică și „impresionistă", ci dintr-o politică fundamentată științific, pe baza unor obiective precise și a unei metodologii vitale de acțiune.



Scanned with OKEN Scanner

— *Acțiunile medico-sanitare trebuie să tindă spre eliberarea individului de orice servitute, inclusiv de dependența față de organizația medicală.* Această ultimă opțiune consideră că protejarea sănătății unui individ, asigurată de o rețea medicală față de care acesta apare dependent, nu poate fi evaluată ca un scop satisfăcător. „Finalitatea ultimă a unei politici sanitare nu înseamnă dezvoltarea la infinit a rețelei medico-sanitare, ci eliberarea individului și comunității de orice „magie medicală". Activitatea de prevenție are în vedere tocmai acest lucru, împiedicînd ca individul să devină dependent de instituțiile medicale" (125).

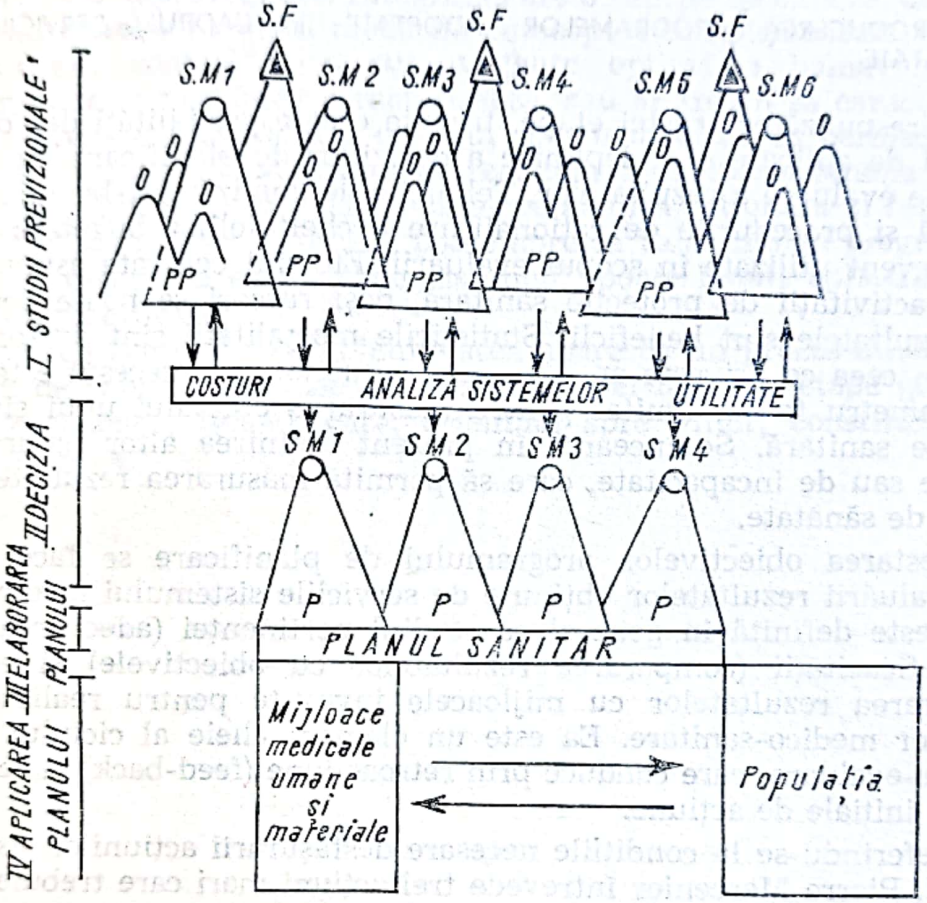



*Fig. 27*— Previziune și planificare.

SF = scop final ; SM = scop misiune ; V = obiective ; PP = proiect program ; P = program (după OMS).

În raport cu etapele generale ale planificării sistemului medical, stabilirea opțiunilor se vădește a fi extrem de importantă și de necesară, în măsura în care elaborarea unei politici sanitare nu se poate face decît pornind de la concepția unei societăți dinamice, în continuă evoluție și transformare.

Operațiunea de planificare sanitară trebuie să se concretizeze în directive precise : pentru aceasta trebuie să aibă cîteva calități esențiale.

Trebuie să fie *totală :* să cuprindă toate aspectele ocrotirii sănătății ; *dinamică :* să cuprindă atît aspectele curative, cît și pe cele preventive ; *suplă :* să fie în pas cu evoluția științei medicale ; *concentrată :* să fie inclusă într-un plan general de dezvoltare social-economică și corelată cu alte sectoare.



Scanned with OKEN Scanner

Plecînd de la o asemenea cerință fundamentală, în programul partidului s-a subliniat în dese rînduri ideea planificării și conducerii științifice a societății, pentru „cunoașterea științifică a proceselor economice și sociale, a realităților în care trăim și realizarea, pe această bază, a unei previziuni clare, a dezvoltării în perspectivă a societății" (72).

În domeniul ocrotirii sănătății, această cerință constituie un deziderat permanent, impus atît de necesitatea unei cît mai bune organizări a activității serviciilor medicale, cît și de exigențele adaptării acestora la condițiile și cerințele actuale.

### 8.5.3. INTRODUCEREA PROGRAMELOR ADOPTATE ÎN CADRUL SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Corespunzător acestei etape, trebuie create posibilități de control al modului de aplicare și îndeplinire a deciziilor de planificare, ca și organisme de evaluare a rezultatelor. Tehnicile de analiză cost-beneficiu, cost-eficiență și procedurile de raționalizare a cheltuielilor bugetare sînt cel mai frecvent utilizate în scopul evaluării. Ele sînt centrate asupra rezultatelor activității de protecție sanitară, deși rareori se poate demonstra dacă rezultatele sînt beneficii. Statisticile mortalității sînt deseori pertinente în ceea ce privește aprecierea rezultatelor, dar decesul este adesea un parametru foarte limitat pentru măsurarea efectului unui sistem de protecție sanitară. Se încearcă în prezent definirea altor parametri de sănătate sau de incapacitate, care să permită măsurarea rezultatelor serviciilor de sănătate.

Testarea obiectivelor programului de planificare se face deci pe baza evaluării rezultatelor obținute de serviciile sistemului medical. Evaluarea este definită în general ca studiul pertinenței (adecvarea la scopuri), eficacității (compararea rezultatelor cu obiectivele) și eficienței (compararea rezultatelor cu mijloacele investite pentru realizarea lor) acțiunilor medico-sanitare. Ea este un element cheie al ciclului decizie-execuție-evaluare, care conduce prin retroacțiune (feed-back) la revizuirea deciziei inițiale de acțiune.

Referindu-se la condițiile necesare desfășurării acțiunilor sistemului medical, Pierre Mercenier întrevede trei acțiuni mari care trebuie să stea în atenția oricărui serviciu de sănătate (125).

α. *Globalitatea îngrijirilor*, adică utilizarea tuturor îngrijirilor care țin seama de dimensiunile individului : nu numai biologice sau organice, dar și psihologice, sociale, culturale și economice. În cazul unei îngrijiri cu scop unidimensional (terapeutic) există riscul să nu se surprindă cauzele profunde ale stării morbide și, ca urmare cresc riscurile de recidivă. Exemplul bolilor care au și o componență psihologică (astm, ulcer gastro-duodenal, angor pectoral) este edificator în acest sens. Caracterul global al îngrijirilor asigură condiții propice pentru relația de „empathie" între medic și pacient, pentru încrederea deplină a individului în eficacitatea tratamentului.

β. *Continuitatea îngrijirilor*, adică luarea în „custodie" a bolnavului de o singură unitate medicală, de un singur medic pînă la sfîrșitul ciclului bolii, adică pînă la restabilirea și reintegrarea sa socială. „Continuitatea" evită paralelismele de îngrijire, instabilitatea actului medical,



Scanned with OKEN Scanner

„pasarea“ bolnavului altor medici, sau abandonarea acestuia înainte ca ciclul bolii să fie încheiat.

Discontinuitatea fragmentează, dimpotrivă, informaţiile despre antecedentele tratării bolii, împiedică pe medic să cunoască rezultatele activităţii sale în raport cu evoluţia bolii şi provoacă un sentiment de frustrare din partea bolnavului, care rămîne adesea cu impresia că a fost abandonat.

γ. *Integrarea îngrijirilor*, adică necesitatea reunirii într-o singură unitate medicală a tuturor procedeelor de îngrijire : preventive, curative, de reabilitare şi supraveghere. Integrarea are o funcţie de sinteză, deoarece concentrînd diferite formaţii medicale cu scopuri complementare, asigură un permanent control şi o supraveghere optimă a bolnavului.

Toate aceste probleme caracterizează, sau ar trebui să caracterizeze întreaga activitate a serviciilor oricărui sistem medical, în perioada contemporană. Evaluarea modului lor de realizare constituie o funcţie importantă a factorului de decizie, care, bazat pe analiza acţiunilor şi rezultatelor activităţii serviciilor medicale, poate aprecia valabilitatea programului ales, sau în raport cu eventualele disfuncţii, poate hotărî aplicarea altor variante de planificare.

În întreg acest context, planificarea apare ca un proces dinamic, ca un sistem de raporturi strinse între diferitele ei laturi şi etape (preliminare, intermediare, finale), care, orientate spre viitor, constituie baza fundamentării ei.



Scanned with OKEN Scanner

# 9.
# SOCIOLOGIA SPITALULUI. SPITALUL CA INSTITUȚIE DE CONTROL MEDICO-SOCIAL

„Medicina înseamnă știință și conștiință încălzite de iubirea de oameni"

I. HAȚIEGANU

„Dacă medicina a fost considerată deseori o știință neproductivă, nimeni nu se mai îndoiește astăzi de faptul că ea aduce mai multe cîștiguri decît pierderi. Spitalul este o fabrică de sănătate, care produce o valoare tot atît de utilă societății ca oricare alta".

ROBERT HOLMES

În cadrul preocupărilor care se impun în prezent cu cea mai mare frecvență specialistului în medicină, dimensiunea funcțională a spitalului ca organism de control medico-social rămîne încă o problemă insuficient studiată.

Făcînd o astfel de apreciere, ne referim nu atît la numărul studiilor și cercetărilor întreprinse în această direcție, dealtfel extrem de consistente și numeroase în ultima vreme, cît mai ales la problemele teoretice și metodologice puse de o asemenea abordare.

Majoritatea studiilor sociologice despre spital, ca instituție și organizație socială, sînt descriptive și ele nu fac altceva decît să constate structura rolurilor existente în spital, ca și modurile de interacțiune dintre ele. Puține cercetări au reușit să alcătuiască eșantioane reprezentative și, din acest punct de vedere, ele sînt adesea lipsite de profunzime, chiar superficiale, fiind mai mult de constatare decît explicative. Cea mai mare parte din ele abordează probleme de economie și planificare medicală, relațiile dintre scopurile organizației spitalicești și performanțele medicale și economice ale acesteia, ignorînd însă multiplele variabile sociale ce intervin în analiza sociologică a spitalului ca tip specific de instituție socială. Dacă se poate considera că literatura sociologică în acest domeniu este extrem de vastă și diversificată, trebuie subliniat faptul că ea nu reușește să ofere o imagine globală asupra spitalului contemporan, asupra structurii și funcțiilor lui, care îi definesc locul și rolul în sistemul general al îngrijirii medicale.

Ch. Perrow, unul dintre cei mai cunoscuți cercetători care s-au ocupat de această problemă, consideră că lucrările sociologice actuale



Scanned with OKEN Scanner

despre spital sînt aproape neînsemnate din punctul de vedere al importanței și consistenței lor teoretice și, în același timp, cea mai mare parte dintre ele sînt axate mai mult asupra studiului spitalului psihiatric decît asupra analizei spitalului cu profil general. Sînt dominate de empirism și de lipsa de rigurozitate, fiind caracterizate de absența unui sistem teoretic de referință și a unui ansamblu unitar și integrat de cunoștințe sistematizate. Sociologia medicinei în această arie — observă Perrow — „poate fi caracterizată ca o tehnologie (abundență de chestionare) lipsită de scopuri" (151).

Aceasta, în pofida faptului că, în ultimii ani, sociologia spitalului a devenit una din cele mai interesante direcții de abordare ale sociologiei organizațiilor și, în mod particular, ale sociologiei medicinei. Este evident că de cîtva timp, spitalul a devenit una dintre organizațiile sociale cele mai complexe, caracterizată printr-o mare specializare tehnică, prin sarcini și linii de autoritate multiple, prin relații colective complicate, prin roluri sociale schimbătoare, prin grupuri profesionale noi, care participă la actul de îngrijire medicală etc. (43). Aceste elemente caracteristice spitalului în epoca contemporană oferă un cîmp de studiu extrem de larg și de fertil sociologului, interesat cel mai mult de faptul că acest tip de instituție nu se conformează întocmai modelului „birocratic", formulat pentru prima dată de Max Weber. Modelul „birocratic" de instituție se caracterizează, între altele, printr-o ierarhizare a autorității, diviziunii și specializării muncii, prin acțiuni și sarcini standardizate, ca și prin reguli generale, care stipulează relații formale și depersonalizate. Specificul său rezidă în forma „rațională" a organizării și conducerii în cadrul formal în care se desfășoară sistemul său de roluri și statusuri. El există — arăta M. Weber — acolo unde se constituie un sistem de reguli, circumscris într-o dominație legală, valabilă pentru toți membrii grupului, tocmai pentru că aceste reguli sînt aplicate judicios, administrativ, în concordanță cu principiile recunoscute de toți (152). Ceea ce este propriu instituției birocratice este organizarea ierarhică și controlul formal al funcțiilor și responsabilităților sale, dependente în cea mai mare măsură de un sistem de reguli formale, unanim acceptate. „Funcția, autoritatea, ierarhia și supunerea — sublinia Weber — tot ce exista diferențiat în ordinea tradițională, apar aici conținute în fluxul strict al organizării raționale" (152).

În cazul spitalului, aplicarea acestui model de instituție birocratică se vădește nepotrivită, în măsura în care structura sa de statusuri și roluri este nu numai formală, ci și informală, generînd linii de autoritate și de comunicație multiple, altele decît cele propuse de modelul rațional al organizării. Studiul lui M. Goss, asupra „pattern"-urilor birocratice din cadrul spitalului, a demonstrat că spitalul este caracterizat mai mult printr-un model birocratic „consultativ", bazat pe autoritate ierarhică în domeniul administrativ, în care însă medicii au puterea să ia decizii în domenii care necesită competență profesională. Observînd că ideile lui Weber despre linia ierarhică de autoritate rațională organizată și despre diviziunea impersonală a muncii, bazată pe competența specializată nu se aplică în cazul spitalului contemporan, Goss arăta că de foarte multe ori „medicul privește directivele administrative numai ca sfaturi care nu



Scanned with OKEN Scanner

merită atenție, dacă potrivit părerii lui, ar fi nefavorabile pentru bunăstarea bolnavului" (153).

Ca urmare, au fost propuse alte modele, corespunzătoare structurii spitalului ca instituție și organizație „rațională" (birocratică), ce iau în considerare atît aspectul formal, cît și pe cel informal al sistemelor de responsabilitate și autoritate. Importanța elementului informal pentru studiile sociologice este cu atît mai mare, cu cît poate evidenția mult mai bine și mai distinct, componentele sociale și psihologice ale comportamentelor și atitudinilor din mediile spitalicești, de cele mai multe ori influențate nu atît de sistemul formal de ierarhizare și organizare sau de reguli prescrise, cît de factori psiho-sociali, cu finalitate mult mai eficientă.

Observînd insuficiența abordării exclusive a aspectelor formale ale instituției în general, unii autori au propus alte modele, care să considere deopotrivă aceste aspecte, ca și pe cele cu caracter informal : „sistem natural" (Gouldner), „sistem socio-tehnic" (E. L. Trist), „sistem deschis" (A. K. Rice) etc. (107). Aplicarea lor — observă pe bună dreptate Cătălin Zamfir — suferă „printr-o lipsă cronică a dimensiunii sociologice propriuzise" (107), ceea ce face improprie analiza componentelor socio-umane ale instituției, alta decît cea din perspectiva strict organizațională. Astfel, studiul sociologic al relațiilor interpersonale din cadrul spitalului, elementele informale depistate ca urmare a unei asemenea cercetări, pot să aducă contribuții importante la determinarea gradului de funcționalitate și rolului social al unei asemenea instituții. Menționînd necesitatea unui asemenea studiu, Ch. Perrow scria următoarele :

„Organizațiile sînt, firește, compuse din persoane, iar aceste persoane interacționează între ele, în moduri semnificative, în așa fel încît apar tipuri informale, stabile, de comportament și perspectivă, cu consecințe organizaționale deosebite. Persoanele aplică totodată o varietate de caracteristici personale privitoare la realizările lor și urmăresc o varietate de scopuri și satisfacții personale. Aceste aspecte „informale" ale organizațiilor formale alcătuiesc o componentă importantă a domeniului distinct de studiu al sociologilor" (151).

Pentru sociologia medicinei, justețea acestei aprecieri se vădește în elementele valoroase de studiu, furnizate de mediul informal al organizației spitalicești, în totalitatea componentelor de natură psihologică, socială și culturală determinate de comportamentele și relațiile interpersonale care angrenează medicul, bolnavul și complexul cu rol de îngrijire, sau auxiliar, din spital.

## 9.1. EVOLUȚIA ISTORICĂ A FUNCȚIILOR SPITALULUI, DE CONTROL MEDICAL ȘI SOCIAL AL COLECTIVITĂȚILOR UMANE

Istoria spitalului face parte comună cu istoria organizațiilor și instituțiilor sociale, în cadrul cărora s-a impus ca avînd un rol aparte. Inițial, în formele incipiente ale organizării apărării sănătății, nu se făcea nici o distincție între instituția medicală și celelalte instituții sociale, întregul act terapeutic fiind realizat cu sprijinul întregii societăți, în cadrul căreia — așa cum am văzut — șamanul sau vraciul aveau rolul de a mobiliza resursele colectivității în sprijinul combaterii efectelor bolii. Întreaga



Scanned with OKEN Scanner

colectivitate, familia, rudele, prietenii celui bolnav, participau la ritualurile magice, acordînd un consens general noțiunii de vindecare.

Efectuînd un studiu amănunțit asupra sarcinilor terapeutice colective, la populația din Ndembu, V. W. Turner arată că rolul „doctorului" constă nu atît în îngrijirea individului, cît în cea a grupului, pentru că boala unui individ demonstrează în fond că întreg grupul este afectat. „Bolnavul nu se vindecă decît atunci cînd toate tensiunile și raporturile conflictuale ale membrilor grupului au fost evidențiate și tratate prin magie"... iar rolul „medicului constă în a controla diferitele surse de conflict, pentru a le orienta într-o direcție pozitivă" (31).

Dată fiind această organizare colectivă, nespecializată, a actului terapeutic, este evident că nu se făcea nici distincția între mediul de îngrijire a bolnavului și mediul celor sănătoși.

De aceea, în etapa reacției magice față de boală (etapa medicinei „primitive"), nu exista încă nici o instituție oficială care să acorde activității medicale, un statut profesionalizat, sau cu care „vindecătorul" să se poată identifica în termenii culturii sale profesionale.

Cu timpul însă, problemele din ce în ce mai complexe ale îngrijirii medicale, odată cu autonomia, profesionalizarea și diferențierea actului medical de celelalte activități sociale, solicită din ce în ce mai mult crearea unui mediu aparte, a unei instituții specializate, capabilă să preia în totalitate, și mult mai eficient, sarcinile terapeutice care reveneau înainte colectivității. Pentru a utiliza termenii lui É. Durkheim, preluînd acest rol, spitalul generează despărțirea „sacrului" de „profan", a mediului de activitate și îngrijire medicală specializată de cel colectiv, nespecializat în asemenea acțiuni. Printre condițiile și exigențele care au favorizat și impus apariția spitalului, ca instituție specializată în ocrotirea sănătății populației, următoarele două apar deci ca fiind mai importante :

— necesitatea creării unui „centru" de sănătate a colectivității, care să concentreze un complex puternic de mijloace eficace pentru diagnostic și tratament, ca și pentru celelalte funcții ale actului medical ;

— oportunitatea fixării unei distincții operaționale între mediul morbid și cel sănătos, între categoriile de persoane care aparțin fiecare, unuia din aceste două medii, între lumea profană și cea a profesioniștilor și chiar între diversele grupe specializate care participă la actul de îngrijire medicală.

Distingînd aceste condiții, trebuie menționată totodată evoluția istorică a raporturilor dintre cele patru grupe de participanți (stat — administrație spitalicească — profesioniști — public), în realizarea sistemului spitalicesc, evoluție care a determinat de-a lungul unei lungi perioade, actuala configurație socială a spitalului de astăzi.

### 9.1.1. PRIMELE FORME DE ORGANIZARE SPITALICEASCĂ

Se poate considera că, deși ocrotirea sănătății populației a constituit permanent un scop social, în realizarea căruia era interesată întreaga comunitate, nu totdeauna statul a fost acela care și-a asumat responsabilitatea organizării ei. Inițial, *primele forme de organizare spitalicească* au fost dominate de aspectele carității particulare sau ale inițiativelor benevole, în cadrul cărora filantropia sau credințele religioase despre „întraju-



Scanned with OKEN Scanner

torarea aproapelui" erau factori determinanți. „Deși sănătatea a fost totdeauna un obiectiv de realizat pe plan social — scria Y. Nuyens — ea rămînea în competiție cu alte valori, iar semnificația ei socială era permanent dedusă din alte valori și instituții" (70). Vreme de mai multe secole, spitalele au funcționat ca organisme caritabile, ca adăposturi pentru cei bolnavi și săraci, biserica și cultul religios fiind factorii care determinau forma de organizare și scopurile lor. Etica religioasă domina atît caracterul inițiativelor particulare (daruri, donații, crearea unor ordine spitalicești), cît și scopurile pentru care erau organizate sistemele spitalicești. Spitalul era mai mult o instituție a săracilor și a bătrînilor, decît a bolnavilor, accesibilă de obicei vagabonzilor și celor fără ocupație. În faza tradițională, a dezvoltării, spitalul este deci mai mult o instituție de control social, decît un așezămînt propriu-zis, control realizat nu cu concursul statului, ci cu cel al instituțiilor bisericești și mănăstirești. Fiind un lăcaș impregnat de sentimentul religios (în unele spitale din Evul Mediu însăși structura arhitectonică amintea de arhitectura capelelor), care servește medicului drept loc de trecere, de observație și experiment, întreaga structură socială a spitalului din acea perioadă se afla sub controlul puterii ecleziastice (31).

### 9.1.2. FAZA A DOUA A EVOLUȚIEI

Cu timpul însă, *problemele sănătății*, la fel ca și celelalte *probleme sociale* (învățămînt, organizarea vieții profesionale, amenajarea teritoriului etc.) nu mai pot fi reduse la o simplă inițiativă particulară a uneia sau alteia dintre instituțiile deja existente. În măsura în care creșterea nevoilor de îngrijire medicală și profesionalizarea activității medicale au dat în perioada Renașterii, un puternic imbold stabilirii și dezvoltării medicinei pe baze riguros-științifice, spitalul s-a transformat progresiv într-un centru de sănătate al colectivității, într-o instituție socială cu multiple responsabilități obștești. De acum înainte, ocrotirea sănătății populației se realizează cu sprijinul autorității publice (iau ființă spitalele municipale), iar planificarea ei devine din ce în ce mai mult o problemă de previziune colectivă, rezultată dintr-o anumită atitudine politică. În această a doua fază a evoluției sale, spitalul își transformă funcțiile inițiale, pentru a deveni dintr-un lăcaș de găzduire a săracilor, unde medicii nu joacă decît un rol secundar, un centru de îngrijire, în care profesionistul (medicul) deține un loc privilegiat. În același timp însă, procesul de raționalizare a structurii lui interioare înregistrează și el o transformare rapidă, în măsura în care concentrarea îngrijirilor medicale într-un spațiu cu funcționalități multiple revendică din ce în ce mai des sarcini care depășesc atribuțiile stricte ale competenței profesionale a medicului. Numeroase sarcini privind organizarea „formală" a actului medical (administrarea resurselor, a echipamentelor, a clădirilor) intră de acum înainte în atribuțiile administrației „birocratice", care intră adesea în conflict de roluri cu autoritatea medicală. „Medicii refuză contraindicațiile bugetare, opun administrației interesele bolnavilor, scurtcircuitează căile tradiționale, adresîndu-se instanțelor centrale. La rîndul ei, adminstrația opune inerția ei birocratică autorității medicale" (31). Administrația locală și,



Scanned with OKEN Scanner

de multe ori statul, mediază acest conflict și acordă medicului depline privilegii pentru apărarea legitimă a competenței acestuia.

Pentru medic, aceasta înseamnă pe de o parte recunoașterea publică a autorității sale profesionale (spitalul asigura medicului atît locul de instruire, cît și locul în care își putea dovedi cel mai bine competența), iar pe de altă parte, acordarea unei semnificații mai largi premiselor necesare pentru exercitarea acțiunilor medicale. Interesat mai puțin în administrarea resurselor spitalicești, medicul este totuși nevoit să acorde o importanță crescută modului de procurare și utilizare a elementelor economice și tehnice, cu ajutorul cărora își poate exercita profesiunea. Pe de altă parte, dacă în această epocă medicina este o profesiune „liberală", care dă posibilitatea profesionistului să consacre cea mai mare parte din timp clientelei, frecventarea spitalului devine o etapă obligatorie în evoluția carierei sale, și, în unele cazuri, asigură clinicianului mai puțin preocupat de clientelă, posibilități mărite pentru elaborarea unor descoperiri și inovații științifice. Într-o epocă în care în medicină, cunoștințele preponderent biologice și formația clinică condiționau decisiv progresul științelor medicale, spitalul apărea ca un cadru instituțional corespunzînd cel mai bine acestei formații. Preponderența experienței clinice era o condiție de bază pentru exercitarea de către medic a funcțiilor de practician, educator și cercetător. Spitalul constituia din acest punct de vedere un loc ideal de practică și observație, de confruntare a unor păreri, de formare a unui spirit de echipă, fiind astfel un element motor al progresului medical. În unele țări, concursurile pentru internat, pregătite mai puțin în facultate, cît mai ales în sălile spitalului, dădeau posibilitate candidaților să își făurească o temeinică cultură profesională, să se dedice muncii de cercetare, evitînd tentațiile oferite de cabinetul privat de consultații și de exemplul „clientomanilor" (în franceză „clientélard"), dat de medicii care preferau să-și dedice cea mai mare parte din timp activității cu clientela. Referindu-se la influența acestor tentații asupra corpului medical din Franța secolului al XIX-lea, H. James nota :

„Accentul pus pe orientarea clinică în medicină, legată de normele secolului al XIX-lea, care a făcut renumele școlii franceze, se va colora puțin cîte puțin cu raționalizări ideologice, pentru a deveni sistemul de apărare a unui corp social, care va încerca mai degrabă să-și apere pozițiile cucerite și să perpetueze propria-i identitate, decît să se dedice contribuțiilor științifice, elaborate de aceea, în afara lui" (155).

În acest fel, în secolul al XIX-lea, medicii din unele țări, lucrînd în afara spitalului, deveneau o grupă socială privilegiată, caracterizată prin putere, prestigiu și venituri ridicate, în timp ce medicii care activau în spital se vor evidenția ca adevăratul motor al progresului medical. Solicitînd medicului o mai mare varietate de cunoștințe, un volum superior de muncă și de competență profesională, publicul din spital va pretinde în același timp o diversificare a gamei de servicii de îngrijire, contribuind mai mult la stabilirea unui sistem de legături și comunicații între aceste servicii.

Odată cu evoluția și multiplicarea nevoilor de îngrijire medicală, necesare unei mase din ce în ce mai mari de oameni și cu îmbunătățirea sistemului de servicii și funcții spitalicești, spitalul se transformă dintr-o instituție cu scopuri caritabile, într-o instituție de utilitate publică, cu



Scanned with OKEN Scanner

multiple sarcini medicale și sociale, conturîndu-și din ce în ce mai evident profilul social de astăzi, în care se circumscrie practicarea unei medicini integrale, socializate. În esență, observă Rodney M. Coe, „istoricul dezvoltării spitalului modern este istoricul reacției oficiale la modificările survenite în organizarea și practica medicală" (6). Autoritatea publică intervine astfel, din ce în ce mai frecvent, în reglementarea raporturilor dintre consumatorii de îngrijiri medicale și medici, dintre medici și administrația spitalicească, pentru a impune în cele din urmă sistemului de servicii medicale un mod de organizare cît mai rațional. Dependența din ce în ce mai mare a activității medicale de celelalte activități și procese sociale (învățămînt, industrie, natalitate, morbiditate etc.) impune un model de structurare a îngrijirilor medicale, dependent de stat și organizat în cadrul unui sistem mai complex, cel al asigurărilor sociale.

Subliniind acest fapt, H. Sigerist arăta că „Asigurările sociale sînt un rezultat direct al industrializării. În societatea feudală a Evului Mediu, individul fără resurse economice era dependent de senior sau era obiect al caritătii acestuia. Ideea unei asigurări mutuale a luat ființă odată cu dezintegrarea feudalismului... Dezvoltarea capitalismului a sporit insecuritatea clasei muncitoare, care devine și mai acută în secolul al XIX-lea, după revoluția industrială, impunînd măsuri corespunzătoare" (51).

Trebuie menționat însă că, dacă importantele ameliorări în starea sanitară a populație au fost realizate nu atît prin acțiunea individuală a medicului, cît prin acțiunile colective organizate de stat, acest fapt nu trebuie în nici un caz atribuit binefacerilor capitalismului. Ca orice drept, dreptul la ocrotirea sănătății, departe de a fi considerat un obiect de binefacere „caritabilă", a fost cucerit de mase, în urma unor mișcări sociale de largă amploare, în cadrul unei societăți în care condițiile sociale și economice erau factorii determinanți ai proceselor de morbiditate și pauperitate. Exemplele oferite de clasicii marxiști cu privire la caracterul patogen al societății capitaliste sînt edificatoare, ilustrînd cel mai bine situația sanitară specifică populației în secolul al XIX-lea, ca și rolul acestei populații în inițierea unui larg complex de măsuri de contracarare și combatere a factorilor sociali cu rol patogen. Lupta pentru o stare economică mai bună s-a împletit direct cu lupta pentru cucerirea drepturilor la sănătate, ceea ce a determinat în cel mai mare grad caracterul statal al măsurilor de ocrotire a sănătății. De acum înainte statul va fi cel care se va ocupa în primul rînd de înzestrarea și organizarea serviciilor spitalicești, a sectorului de îngrijiri medicale, care devine unul dintre cele mai importante ramuri de activitate socială. Prin spital, statul asigură posibilități sporite de control medical al comunității și, tot prin spital, își exercită funcția de control social al profesiunii medicale.

### 9.1.3. FAZA A TREIA A EVOLUȚIEI SPITALULUI

Spitalul înregistrează schimbări din ce în ce mai profunde, devenind un adevărat centru de progres medical și de inovații în materie de sănătate : crește numărul serviciilor și funcțiilor specializate, sporesc înzestrarea și dotarea sa tehnică și se dezvoltă formele de calificare superioară a personalului său. În această etapă, denumită de unii autori etapa



Scanned with OKEN Scanner

„raționalizării spitalului ca instituție socială" (31), spitalul cunoaște transformări accentuate în raport cu aspectul pe care-l avea în perioadele istorice anterioare, vizibile atît în structura rolurilor sale profesionale (tendințele de diversificare, apariția a noi categorii de specialiști, a unei linii caracteristice de ierarhie și autoritate etc.), cît și în caracterul specializat al unor noi funcții medicale, dar și sociale. Progresiv, spitalul tinde să se specializeze în tratamentul bolilor acute și devine așezămînt cu o triplă funcționalitate : îngrijire, învățămint și cercetare. „În jurul spitalului, devenit centru al unei medicini de vîrf, loc de cercetare prin laboratoarele sale, mediu de formare pentru studenții în medicină și personalul infirmier, pol de atracție pentru consultațiile externe, se elaborează o întreagă politică a sănătății" (31).

Schimbarea este vizibilă nu numai din punctul de vedere al condițiilor de structură, dar și din punctul de vedere al infrastructurii spitalicești : *redimensionarea* și diversificarea funcționalității construcțiilor (urbaniștii vorbesc chiar despre necesitatea unificării caracterelor arhitecturale ale spitalului, pentru „umanizarea" cadrului ambiant), *extinderea* rețelelor de comunicație și a serviciilor anexe. Interesul acordat de stat în această perioadă unei cît mai bune organizări a serviciilor spitalicești constă în faptul că sănătatea este privită din ce în ce mai des în funcție de multiple variabile sociale, economice, politice, culturale (producție, venit, siguranță materială, securitate fizică, dreptul populației de a avea șanse egale în procurarea unei îngrijiri medicale calificate, indiferent de bariere geografice, financiare sau psihologice etc.) pentru a deveni una dintre cele mai importante componente ale bunăstării materiale și spirituale. Dacă în perioadele anterioare autoritatea centrală nu avea cu sectorul de ocrotire a sănătății decît relații minime, episodice, mediate și ele de administrația locală, în perioada contemporană ea intervine din de în ce mai des prin reglementări, controale, subsidii și forme de planificare, mai ales acolo unde inițiativa lipsește sau eșuează pe plan funcțional. Problemele ridicate de administrarea judicioasă a spitalelor, de repartizarea rațională în teritoriu, de dotarea lor tehnică și economică, devin probleme prioritare ale competenței și autorității statului, ceea ce determină trecerea de la un mod „liberal" de organizare a ocrotirii sănătății prin spital, la unul național, centralizat. Procesul de democratizare a sănătății publice, determinat de creșterea cantitativă și calitativă a cererii și ofertei, de sporirea contribuției statului la finanțarea îngrijirilor medicale, de includerea componentelor psihice și sociale în definirea sănătății populației, și de accentuarea orientării preventive în medicină, se arată astfel ca unul dintre cele mai semnificative procese ale epocii contemporane.

Pornind de la sublinierea caracteristicilor acestui proces, numeroși autori, referindu-se la sistemul medical din țările capitaliste, refuză să-i acorde acestuia semnificația unei forme democratice. „Această democratizare privind îngrijirea sănătății — spune Y. Nuyens — apare cel puțin provizoriu, ca un obiectiv încă nerealizat" (70). În sprijinul afirmației sale menționează următoarele argumente :

— pe micro-planul relației medic-bolnav, raportul de autoritate, net asimetric și autoritar, rămîne încă dominant și riscă chiar să fie consolidat printr-o specializare și o tehnicitate crescînde ;



Scanned with OKEN Scanner

— pe mezzo-planul instituțional se poate considera că procesul de democratizare este împiedicat pe de o parte de accesul inegal al populației la îngrijirile medicale, pe de altă parte de relațiile de serviciu tradiționale și paternaliste din interiorul serviciilor spitalicești ;

— pe macro-planul politicii sănătății se poate constata caracterul închis, unilateral și oligarhic al proceselor de decizie în materie de sănătate.

În concluzie, notează Y. Nuyens, „procesul de democratizare a sănătății publice mai are încă de asimilat multe operații și transplantări, pentru a ajunge cu adevărat un proces real" (70). Această situație, specifică țărilor capitaliste, provoacă alte consecințe, care afectează nu numai modul de îngrijire a publicului, ci însăși structura profesiunii medicale.

În studii sociologice se arată că majoritatea scopurilor sociale ale spitalului, în mai multe țări occidentale, sînt influențate de „segregaționism" și de „conflictul dintre grupările de conducere a spitalului în legătură cu scopurile recunoscute ale acestuia, și cît de larg trebuie să fie programul și volumul serviciilor oferite" (156). Există aici o mulțime de factori cum ar fi : caracterul de clasă al îngrijirilor medicale, posibilitatea scăzută a unor clase și grupări sociale de a avea acces la sistemul de servicii ale spitalului, legătura spitalului cu organizațiile și instituțiile politice, interesul acestora în direcția extinderii controlului lor asupra practicării actului medical, pentru centralizarea și ameliorarea instalațiilor și echipamentelor spitalicești etc. Referindu-se la toate aceste condiționări în primul rînd de natură politică, Rodney M. Coe sublinia că, în cele mai multe țări occidentale „spitalul nu reprezintă o „insulă izolată", ci depinde de mai multe grupuri și organizații, care îi determină scopurile și dezvoltarea viitoare" (6).

În raport cu factorii politici, contradicțiile dintre medici și administrație înregistrează, în țările capitaliste, frecvențe crescute, fapt care afectează în cel mai înalt grad autonomia profesională a medicului, constrîns deseori să facă concesii în domenii care se abat de la natura profesiunii sale. Așa cum observa Wright Mills, în majoritatea țărilor capitaliste autonomia medicului are de suferit, pentru că acesta depinde pe de o parte de un echipament tehnic oficial centralizat, pe de altă parte de organizații oficiale care îi asigură și-i stabilesc clientela (154).

În mod evident, această centralizare și determinare a funcțiilor medicului se aplică mai puțin cabinetelor particulare cît mai ales spitalelor, în cadrul cărora medicul este plătit ca orice salariat public. Pe de altă parte, această situație a modificat structura relațiilor dintre medicul omnipractician și specialist, în măsura în care ultimul devine din ce în ce mai mult un anumit tip de „antreprenor", „situat într-un context instituțional pe care nu vrea să-l admită, dar pe care îl exploatează pe plan economic" (Mills).

Beneficiind de un prestigiu și de un venit superioare celor pe care le are omnipracticianul (în medie aproximativ de două ori mai mult, consideră unii autori), fiind concentrați în marile orașe și activînd mai ales în folosul claselor avute, specialiștii alcătuiesc, potrivit expresiei lui Oswald Hall, un fel de „confrerie internă a corpului medical" (31), care decide numirile în instituțiile medicale, înlătură pe intruși, își repartizează cum vor bolnavii între ei și încearcă să reglementeze concurența în



Scanned with OKEN Scanner

sensul dorit de ei, tinzînd însă să neglijeze complet experiența omnipracticianului (154).

Spitalul contemporan — conchide Mills — este o „birocrație", care conservă încă vestigii ale unui trecut nu prea îndepărtat, o birocrație care formează ea însăși o mare parte din personalul ei și care-și alege ca șef pe medicul „birocrat" care știe să-și utilizeze cel mai bine spiritul de antrepriză, și care înlocuiește în prezent pe omnipractician, ce îndeplinea în trecut funcțiile sale. Dar, observă Mills, „trăsătura care apare esențială în această specializare a medicinei este constituită de faptul că ea nu a urmărit un proces riguros birocratic ; această tendință, ca de altfel multe altele, a fost limitată și transformată ea însăși ca urmare a unor imperative comerciale".

Spre deosebire de aceste caracteristici ale organizării profesiunilor medicale și ale funcționării serviciilor spitalicești în sistemul capitalist, în cadrul țărilor socialiste, instituțiile medicale sînt administrate de stat, care asigură prin măsuri ferme, o orientare centralizată a politicii sanitare, ca și o conducere riguroasă a serviciilor spitalicești. În acest context, în măsura în care sănătatea este ridicată la rangul de politică de stat, opoziția dintre grupul profesionist al medicilor și administrație devine o falsă problemă. Ambele competențe, una care asigură administrarea și buna gospodărire a resurselor de acțiune și cealaltă care manevrează aceste resurse în scopul îmbunătățirii și dezvoltării sănătății populației, sînt chemate în prezent să întărească capacitatea de ofensivă pentru apărarea condiției de bunăstare fizică, psihică și socială a populației. În același timp, tendințele de „supraspecializare a specialiștilor și felcerizare a medicilor generaliști" (14), deși captează încă o bună parte din reprezentările publicului, care evită uneori pe medicul de circumscripție sau de dispensar pentru a se adresa supraspecialistului, nu sînt altceva decît un reflex vestigial al unei concepții tradiționale, care cu timpul nu va întîrzia să se schimbe.

Referindu-se la această tendință, M. Voiculescu consideră că „hiperspecializarea a creat fisuri importante în responsabilitatea medicală", în măsura în care „fiecare specialist răspunde de organul ce-l cunoaște" și ignoră organismul ca întreg. Elaborarea de către stat a unor măsuri pentru întărirea spiritului de echipă în rîndul medicilor, optimizarea circuitului căutării însănătoșirii, restabilirea poziției sociale a „medicului de familie", umanizarea mediului spitalicesc, orientarea din ce în ce mai frecventă a medicului, indiferent de specialitate, către aspectele psihologice, sociale și culturale ale pacientului, va înlătura acest „mit al specializării" (14), care domină încă publicul.

Avînd posibilitatea de a interveni autoritar în planificarea serviciilor de îngrijire a sănătății, statul socialist asigură cele mai depline condiții practicării unei medicini integrale, socialiste, în interesul atît al medicilor, cît și al populației.

Chiar dacă din anumite puncte de vedere se mai mențin contradicții legate de unele forme birocratice de acces la actul medical (ale sistemului de dispecerat, consumul de timp datorat abonării și primirii la consultație, aspectele „pacientogenezei" (etc.), este de reținut faptul că acestea nu ajung să se transforme în conflict, statul asigurînd rezolvarea lor.



Scanned with OKEN Scanner

În concluzie, putem considera evoluția istorică a funcțiilor de control medical și social ale instituțiilor spitalicești, ca fiind dependentă direct de contribuțiile a cinci factori ale căror influențe s-au corelat între ele : a) progresul științei și tehnicii medicale ; b) profesionalizarea actului medical ; c) creșterea consumului de îngrijiri medicale ; d) socializarea și democratizarea serviciilor de îngrijire și e) intervenția crescîndă a statului în planificarea ocrotirii sănătății și în administrarea resurselor instituțiilor spitalicești.

Toți acești factori au influențat în cea mai mare măsură creșterea rolului social al spitalului, ca instituție centrală de menținere și dezvoltare a stării de sănătate, ca subsistem de relații, cu funcții sporite de control medical și social, integrat în sistemul mai larg al ocrotirii sociale, al asigurării ridicării nivelului de trai al populației. Cîndva un loc de caritate, un așezămînt cu funcții de găzduire pentru săraci, spitalul a devenit astăzi o organizație complexă cu rol incontestabil pentru dezvoltarea științei și inovației medicale, cu multiple funcții pe plan economic, social și medical. Dacă funcția sa de control medical a fost evidențiată de nenumărate ori, în lucrările de sociologie a spitalului s-a menționat mai puțin funcția de control social a acestei organizații. Și aceasta cu atît mai mult cu cît se pare că tezei extinderii spitalului dincolo de zidurile sale i se acordă în prezent un credit din ce în ce mai mare în rîndul specialiștilor. Este cert însă că astăzi, prin sistemul de roluri și de funcții specializate, spitalul asigură nu numai condiționări superioare actului medical terapeutic, dar și posibilitatea adaptării și reabilitării sociale a bolnavilor, care se încadrează în normele de control medical (și deci social) ale organizației spitalicești.

Ca urmare, relațiile interpersonale stabilite în spital, fie între membrii personalului medical, fie între acești membri și indivizii supuși actului terapeutic, reprezintă ele însele un factor mediator de control pentru relațiile sociale în cadrul cărora se manifestă permanent acești indivizi.

Dacă relațiile sociale globale mediază sistemul de raporturi interpersonale din cadrul spitalului ca organizație, considerăm că, la rîndul lor, aceste raporturi interpersonale reacționează specific ca agenți de control pentru sistemul macrostructural al vieții sociale, pentru medierea relațiilor dintre fenomenele de grup și procesele sociale cele mai largi.

Întreaga evoluție istorică a instituției spitalicești demonstrează acest lucru și impune — mai ales pentru perioada contemporană — acordarea unei atenții sporite aspectelor și tendințelor ei de natură socială.

## 9.2. PROBLEME TEORETICE ÎN STUDIUL SOCIOLOGIC AL SPITALULUI

În sistemul organizării ocrotirii sănătății, spitalul deține un loc de prim ordin. Pentru majoritatea, dacă nu pentru toate sistemele medicale contemporane, spitalul reprezintă un „centru" de îngrijire a sănătății populației, cu multiple funcții, un produs de sinteză al unor largi eforturi de coordonare unitară a practicii medicale. Pentru public, reprezentarea lui se identifică cu însăși imaginea medicinei. A vorbi despre spital,



Scanned with OKEN Scanner

înseamnă a vorbi despre cea mai cunoscută și mai eficientă formă de îngrijire medicală pentru consumatorul de sănătate, despre locul cel obișnuit de întîlnire între medic și bolnav, despre instituția principală în care se exercită acțiunile medicului și salvgardării sănătății bolnavului. Astfel în perioada contemporană sub influența penetrantă a forțelor social-economice, a dezvoltării impetuoase a tehnologiei și științei medicale, spitalul tinde să devină cea mai importantă instituție de ocrotire a sănătății, organismul cel mai dotat pentru efectuarea intervențiilor chirurgicale și cel mai important centru pentru diagnostic, tratament și reabilitare.

Dată fiind concentrarea puternică de resurse și tehnologii de care dispune, spitalul constituie astăzi un așezămînt principal pentru practica medicală, indiferent de gradul de specializare sau de natura activității acesteia, mai cu seamă a practicii medicale care nu poate fi exercitată ambulatoriu sau la domiciliul bolnavilor, din motive care țin pe de o parte de natura și gravitatea bolii, pe de altă parte de necesitatea utilizării unor mijloace care nu se găsesc, sau nu se pot mînui decît în spital. Spitalul nu este numai un loc în care se îngrijesc bolnavii, ci, în același timp, un așezămînt cu caracter educativ, în cadrul căruia studentul obține instrucțiunea de bază și experiența inițială în materie de medicină, unde internul își completează studiile înainte de a le exercita ca practician „independent" și unde cercetătorul poate aplica și testa proceduri terapeutice.

În sfîrșit, spitalul reprezintă pentru sociolog și pentru ceilalți specialiști în domeniul științelor sociale, o structură instituțională aparte, care permite analiza unor situații sociale și a unor comportamente umane extrem de variate și de nuanțate.

Există, evident, multiple domenii neexplorate în cadrul spitalului, care așteaptă desțeleniri analitice din partea experților diverselor discipline (psihologie, economie, ecologie, antropologie etc.) și care ar putea furniza contribuții importante la explicarea funcționalității multiple a acestei instituții în viața socială a comunității. Cîteva asemenea studii au și fost inițiate și parte dintre ele stau la baza actualelor programe de îngrijire medicală din multe țări. Pe scurt, spitalul reprezintă din multe puncte de vedere un mediu ideal pentru desfășurarea cercetărilor cu profil medical și social, o punte de trecere în cunoașterea și aplicarea convergentă a rezultatelor și soluțiilor fiecăreia dintre ele.

Din punctul de vedere al sociologiei medicinei, spitalul oferă nenumărate și variate ocazii de a analiza structura și funcțiile instituțiilor de sănătate, în corelație directă cu acțiunile specializate ale medicului și cu atitudinile și comportamentele bolnavilor față de boală.

Inițial, primele studii cu caracter sociologic asupra spitalului au fost inspirate de cercetările de psiho-sociologie industrială ale lui Elton Mayo, în măsura în care unitatea structurală și funcțională a întreprinderii părea să ofere un termen comparabil pentru cazul spitalului. Extrapolarea unor date și a unor concluzii privind întreprinderile industriale la situația instituției spitalicești, utilizarea unor metodologii comune de abordare apăreau ca un fapt firesc, determinat de asemănarea izbitoare dintre structurile celor două instituții. Mai puțin firească părea această comparație în legătură cu scopul lor nemijlocit : într-o perioadă în care medi-



Scanned with OKEN Scanner

cina era net considerată ca o știință neproductivă, puțini s-au hazardat să-i atribuie finalități similare cu cele ale industriei.

De aceea, majoritatea acestor studii au investigat caracteristicile interne ale spitalului ca organizație, lăsînd deschisă problema finalității ei în raport cu sistemul social integral. Dintre temele acestor studii se pot menționa : a) natura puterii și autorității în spital ; b) problemele de control și de luare a deciziei ; c) atitudinile cu privire la transferul de activități și la schimbare ; d) diviziunea muncii și gradul de satisfacție a diferitelor categorii de personal în legătură cu îndeplinirea sarcinii lor ; e) absenteismul și mobilitatea ; f) tensiunile sau afinitățile dintre diversele grupe profesionale (31).

Cercetările cu caracter interdisciplinar asupra relațiilor interpersonale și atitudinilor diferitelor grupuri din cadrul instituției spitalicești efectuate de T. Burling, E. M. Lentz și R. N. Wilson, analizele extrem de amănunțite asupra structurii sociale și mecanismelor funcționării spitalului psihiatric ale lui William Caudill sau Erving Goffman, interpretările lui R. Castel asupra rolului spitalului în ansamblul celorlalte instituții sociale sînt printre cele mai cunoscute în acest domeniu, punînd bazele teoretice ale sociologiei spitalului.

Interesant de observat este faptul că primele studii sociologice asupra spitalului sînt dominate de concepția teoretică a behaviorismului, potrivit căreia instituția (spitalul) este considerată ca o structură alcătuită în urma răspunsului elaborat de medicină la necesitățile terapeutice impuse de stimulii variabili ai bolii.

În cadrul unei asemenea optici, spitalul era privit ca un sistem închis, posedînd o autonomie distinctă și un mediu „carceră", neutru față de influențele exterioare și fondat numai pe interesul participanților, pe jocul afinităților sau conflictelor dintre membrii grupărilor medicale și cei incluși în grupul administrativ.

Premisele psihologizante sau antropologizante ale unei asemenea interpretări apăreau favorizate de orientarea funcționalistă, care a dominat mulți ani sociologia americană și care considera că un sistem instituțional își este suficient sie însuși pentru a putea funcționa, finalitatea lui fiind circumscrisă de fapt în menținerea sistemului (prin jocul funcțiilor sale interne) și nu în obiective cu caracter mai larg. Criticînd un asemenea punct de vedere, R. Castel scria : „Interpretarea pur psihiatrică a structurii spitalicești apărea ca o variantă — adaptată acestui mediu particular — a explicațiilor psihologiei sociale, ale cărei limite și slăbiciuni se evidențiază cu atît mai mult, cu cît se înfundă în premise psihologizante ; construită pe ignorarea istoriei, a necunoașterii determinismelor obiectivelor și a funcțiilor asumate de instituție față de societatea globală, ea desprinde în cadrul totalității instituționale un mod pragmatic de abordare, legitim dar limitat (punctul de vedere al bolii și al vindecării) și pretinde să reconstruiască, plecînd de la această abdicare o teorie globală a instituției spitalicești..." (31).

Astfel, cea mai mare parte a acestor studii, desfășurate prioritar asupra spitalului american, erau impregnate de empirism și nu reușeau să aducă contribuții teoretice de valoare, care să considere determinările obiective, cu conținut social, ale spitalului ca tip specific de instituție (în ansamblul structurilor instituționale create de societate).



Scanned with OKEN Scanner

Noua orientare pe care o va lua concepția sociologică asupra spitalului, ca urmare a asimilării teoriilor structuralismului funcționalist, ale psihosociologiei organizării și ale abordării sistemice, va facilita depășirea vechilor interpretări și va marca un salt calitativ în domeniul înțelegerii rolului social al instituției spitalicești, și al mecanismelor ei de control socio-medical pentru membrii societății.

Studiile lui Harvey Smith și Daniel Levinson asupra funcțiilor organizației spitalicești, asupra modelelor de îngrijire și valorilor specifice spitalului, analizele lui Eliot Freidson referitoare la organizarea formală și informală a rolurilor profesionale, evaluările lui David Mechanic și ale lui Rodney M. Coe asupra aspectelor psihosociologice și „culturologice" tipice spitalului ca instituție socială, fac parte din cercetările care au pus bazele conceptuale și teoretice ale orientării actuale în domeniul sociologiei spitalului.

În țările socialiste, această orientare cuprinde concluzii cu un caracter mai ferm. Nu pare de loc surprinzător să constatăm că însuși un asemenea domeniu, cum este sociologia spitalului, poate constitui un teren propice confruntărilor cu caracter ideologic, în măsura în care cuprinde elemente care fac apel în cea mai mare măsură la valorile cu caracter politic. Cu atît mai mult, cu cît în țările capitaliste, spitalul împrumută el însuși caracterele celorlalte instituții de manipulare, frecventele fenomene de înstrăinare a bolnavului într-un mediu necorespunzător, nefiind altceva decît o variantă particulară a unei societăți, în care interesele unei minorități primează în raport cu cele ale majorității și în care contradicțiile dintre interesul public și cel privat, dintre scopuri și mijloace, afectează promovarea echitabilă a unor valori, printre care și dreptul la sănătate.

## 9.3. CARACTERISTICI STRUCTURALE ALE SPITALULUI CONTEMPORAN

### 9.3..1 MODIFICAREA STRUCTURII TRADIȚIONALE A SPITALULUI

Specific majorității instituțiilor sociale în epoca contemporană este caracterul deschis al acestora, favorabil receptării influențelor exterioare și permeabil asimilării elementului novator. Structura unor asemenea instituții este extrem de complexă și de diferențiată funcțional, iar menținerea ei în raport cu influențele exercitate de schimbările sociale devine o problemă de bază, necesitînd elaborarea unui mecanism specific de adaptare.

Integrat în caracterele acestui ansamblu instituțional din epoca contemporană, sistemul spitalicesc suferă și el modificări și transformări ale structurilor sale tradiționale, necesitînd reconsiderarea vechilor sarcini și funcții. Spitalul — arată Berhardt Stern — este acum „factorul strategic" al terapeuticii și al învățămîntului medical ; progresul științific și tehnic nu fac decît să întărească această tendință. Aici, specialiștii au acces la echipament de diagnostic și experimentare și la contacte cu alți specialiști, relații extrem de importante pentru progresul științific. Pe plan economic, această poziție centrală a spitalului a mărit cererile medicale ale populației și a asigurat îngrijirile medicale cele mai indicate (31).



Scanned with OKEN Scanner

Acționînd într-un mediu în continuă schimbare, datorită intervenției penetrante a unui larg șir de factori legați de asimilarea unor noi resurse și tehnologii, de integrarea unor cerințe sociale de largă amploare, spitalul contemporan își constituie în prezent o nouă structură socială, capabilă să asigure în condiții optime menținerea și funcționarea sa, fără să piardă nimic din suplețea și echilibrul dinamic, caracteristic unei asemenea instituții. Dacă specific oricărei structuri sociale este caracterul său stabil și neschimbător, în raport cu influențele mediului, dacă instituțiile diferă în funcție de caracterul variabil sau invariabil al structurilor lor componente, în cazul spitalului contemporan, putem considera schimbarea ca o dimensiune permanentă, care îi modifică necontenit profilul structural, conform așteptărilor și comenzilor sociale.

Adaptîndu-se factorilor de schimbare și elaborînd noi structuri de menținere și de funcționare, instituția spitalicească capătă noi valențe sociale în funcție de două caracteristici importante ale medicinei contemporane : pe de o parte dezvoltarea tehnică și organizațională, pe de altă parte influențele sporite ale factorilor sociali și de mediu în evoluția bolilor, pentru a deveni astăzi centrul principal de sănătate al colectivității, cu funcționalitate complexă medicală și socială (învățămînt, cercetare, practică). Așa cum arăta Rodney M. Coe, „spitalul contemporan este un produs al unor forțe de schimbare, care au funcționat timp de mai multe secole pentru a-i forma și reforma structura“ (6).

Majoritatea autorilor care s-au ocupat de problemele de sociologie a spitalului, ca organizație socială, consideră că printre cei mai importanți factori care au acționat și acționează încă în scopul constituirii structurii sociale a spitalului contemporan se află :

a) *succesele obținute de știința medicală în combaterea bolilor infecțioase acute* au permis creșterea posibilităților de control medical exercitat asupra bolilor epidemice și au modificat structura proceselor de morbiditate și mortalitate, în cadrul cărora bolile cronice, degenerative, au devenit cauzele cele mai frecvente și mai greu de combătut. Ca urmare, s-au înregistrat mari afluxuri de populație către spital, pentru numeroase boli cronice, care necesită perioade lungi de tratament și deci nu pot fi tratate ambulatoriu. Multe spitale au înființat servicii speciale, destinate îngrijirii și reabilitării bolnavilor cronici, iar în unele cazuri au creat programe de asistență ambulatorie la domiciliu, pentru a degreva pe de o parte aglomerările din spital, pe de altă parte, pentru a asigura condiții corespunzătoare tratării cazurilor care nu necesită o îngrijire spitalicească de lungă durată, ci doar o supraveghere sistematică :

b) *necesitatea promovării unor modalități eficiente de învățămînt medical, formative și informative, prin contactul direct cu bolnavul.* Spitalul a devenit una dintre cele mai importante unități de învățămînt, asigurînd cadrelor (medicale, auxiliare, paramedicale) care lucrează în acest domeniu, forme de instruire centralizată. Exercitarea nemijlocită a funcțiilor actului medical, profesionalizarea cadrelor, familiarizarea cu practica medicală, posibilitatea de a urmări timp îndelungat modul de evoluție a unui caz și de a observa cazuri interesante care nu se întîlnesc în practica ambulatorie, au loc în spital, în cadrul căruia sînt reunite în cea mai mare măsură funcțiile practice și de învățămînt ale profesiunii medicale ;



Scanned with OKEN Scanner

c) *tendința de concentrare a resurselor medicale în raport cu cerințele unei cît mai mari mase de oameni.* Exigențele unei îngrijiri medicale optim specializate, care să ofere global și „masificat" serviciile sale populației, au dus la necesitatea unui „centru de sănătate" al colectivității, cu multiple funcții medicale (investigație clincă, de laborator, diagnostic, tratament, reabilitare etc.). Concentrarea celor mai moderne, dar și celor mai costisitoare echipamente, tehnologii și facilități medicale, a unor categorii diversificate de specialiști din ramurile medicale și chirurgicale, face dn spital locul cel mai corespunzător de practicare a unei „medicini integrale", „totalizante", realizată prin schimbul și transferul de servicii, prin coordonarea și colaborarea unitară și concertată a tuturor factorilor și resurselor. Prin întinderea sferei serviciilor, prin dezvoltarea de noi resurse, prin menținerea unui înalt nivel de îngrijire, spitalul devine singura unitate medicală, colectivă, capabilă să ofere o totalitate de servicii.

Dezvoltarea spitalului ca instituție specială a marcat deci momente importante, prin care și-a definit și redefinit scopurile, mijloacele și comportarea sa organizatorică. Diversificarea grupelor profesionale, aplicarea celor mai noi procedee terapeutice și utilizarea unui echipament de înaltă tehnicitate, au ameliorat calitatea îngrijirii medicale și au conferit spitalului o reprezentare complexă, reflectată în modul în care acesta este privit de populație și de celelalte instituții politice, economice, culturale și sanitare.

Din această perspectivă putem considera că spitalul nu este un organism izolat, „suficient sie însuși", deoarece îndeplinirea și dezvoltarea funcțiilor sale depind în cea mai mare măsură de raporturile cu alte grupări, organisme și instituții sociale. Structura sa socială, constant și profund modificată în acest context de influențe și relații complexe, i-a permis extinderea funcțiilor, în raport cu cerințele colectivității și i-a asigurat, și-i asigură încă posibilități sporite de adaptare la schimbările mediului.

Putem considera totuși comportarea organizatorică a acestuia — deși în cea mai mare parte adaptativă — ca tinzînd în unele cazuri să întîrzie modificarea integrală a structurii sale sociale, tradiționale, cum este cazul relațiilor interpersonale, unde unele elemente au persistat chiar după schimbarea condițiilor care le-au generat.

Și mai important este faptul că în prezent, în majoritatea țărilor, întregul complex al relațiilor interpersonale din cadrul spitalului, și mai ales relația medic-bolnav, a devenit un raport instituționalizat, mediat de influențele și structurile întregii societăți, care acordă echipei medicale responsabilități mărite pentru rezolvarea atît a unor probleme strict medicale, cît și sociale (fig. 28).

### 9.3 2. DIFERENȚE CU CARACTER NAȚIONAL

Referindu-ne la spitalul contemporan, trebuie să remarcăm că instituțiile de sănătate, desemnate de această denumire, prezintă o varietate de diferențe, atît din punctul de vedere al cadrului arhitectural și al resurselor, cît, mai ales, din punctul de vedere al programului său de acțiune, în raport cu cerințele publicului. Spitalele din numeroase țări



Scanned with OKEN Scanner

diferă în funcție de multiple variabile sociale care cer unele clasificări. Dacă clasificarea este un procedeu de sortare a informațiilor în categorii sau „specii" de date utile fiecărui cercetător, este de prisos să arătăm că aceeași informație poate fi clasificată în mai multe feluri, în funcție de intenția fiecăruia și de reperele teoretice pe baza cărora se conduce. În cazul spitalului, problemele de clasificare se confruntă cu deosebiri sociale și culturale extrem de întinse, care fac ca în fiecare context geografic sau național, instituția spitalicească să aibă un profil propriu, o configurație aparte, determinată atît de valorile sociale ale populației, cît mai ales de caracterul politic al complexului instituțional specific țării.

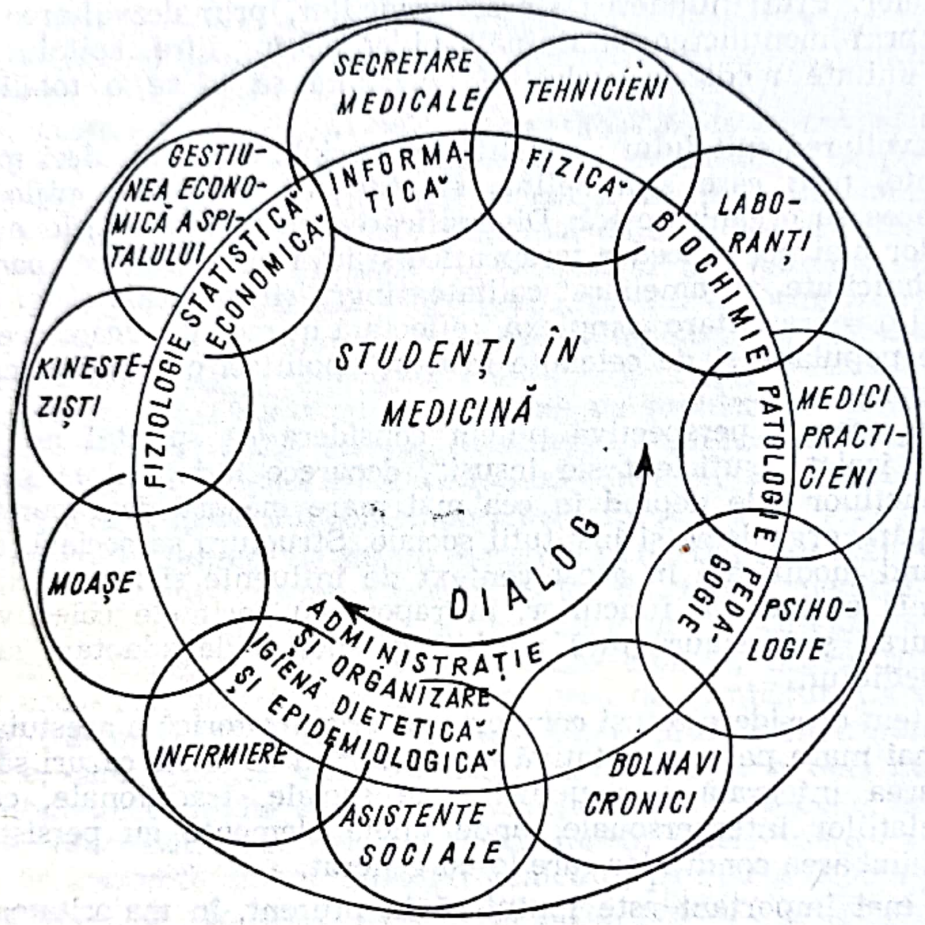



*Fig. 28* — Schema unui proiect de activitate comună pentru echipa medicală (Lise Thiry).

Spitalele americane, de exemplu, pot fi împărțite în patru mari categorii :

a) *Proprietary hospital* (spital particular), organizate în scopul obținerii unor profituri de către medici, care nu sînt încadrați în sectorul de stat. Aici, deciziile spitalicești sînt subordonate în întregime grupului de medici, care decid durata și plata tratamentului și sînt liberi să aleagă dintre consumatorii de sănătate pe cei mai buni plătitori.

Medicul care reușește să aibă cei mai mulți bolnavi și să obțină cele mai mari venituri va avea cel mai important cuvînt de spus în problemele de conducere și organizare a activității generale a spitalului.



Scanned with OKEN Scanner

Și această activitate, cum consideră E. Freidson, este dominată de principiul „laissez-faire"-ului : „medicul va fi liber să facă mai mult sau mai puțin, după cum îi place, urmărind sau nu performanța medicală" (162). Se consideră, în general, că aceste tipuri de spitale sînt înzestrate cu aproximativ 2% din totalul paturilor de spital existente în S.U.A.

b) *Voluntary (community) hospital* (spital fondat pe baza unor contribuții publice), organizat din inițiative particulare și primind subsidii din partea statului și contribuții de la diverși donatori. În cadrul acestui spital, deciziile sînt elaborate și luate de un comitet de administrație alcătuit din medici și din personal administrativ. Aici medicul este obligat „să-și doneze" serviciile, în schimbul obținerii „privilegiului" ca bolnavii săi să fie spitalizați. Se evaluează că aceste spitale dețin 34% din totalul paturilor de spital din S.U.A. și sînt și cele mai înzestrate din punctul de vedere al echipamentului și al pregătirii personalului medical.

c) *Military (veteran's) hospital* (spital militar pentru veterani) este spital federal, în cadrul căruia medicii sînt membri cu drepturi depline în conducerea treburilor administrative, profesează tot timpul în interiorul spitalului și se supun regulilor elaborate de consiliul de conducere. Aceste spitale — alcătuite în cea mai mare parte din instituții de psihiatrie și sanatorii — dețin peste 50% din totalul paturilor de spital.

d) *Community general hospital* este spitalul public (întemeiat de stat, district sau municipalitate) care funcționează pe baza sistemului de asigurări, deținînd aproximativ 12% din numărul paturilor de spital din S.U.A.

Înainte de al doilea război mondial, serviciile spitalicești erau oferite în Statele Unite exclusiv în schimbul plății bolnavului, cu excepția organismelor întemeiate de autoritatea publică și organizațiile de caritate. În perioada postbelică a fost întemeiat sistemul asigurărilor particulare „Blue Cross" („Crucea albastră"), care consta în contracte încheiate între institutele de asigurare și patronul întreprinderii care acționează pentru asigurarea personalului său. Lucrătorii cu venituri reduse și persoanele care nu aparțin populației active nu beneficiază însă de acest sistem. Ulterior, în ultimii ani, guvernul federal a creat două sisteme („medicare" și „medicaid"), bazate pe programe de subvenție ale autorităților de stat. În anii trecuți, administrația Nixon a propus un alt sistem și anume, al „Asigurărilor pentru Sănătate", care impune autorităților politice să exercite un control mărit asupra prețului de spitalizare, solicitînd sectorul privat să organizeze pentru salariații săi un program de asigurări pentru boală, în cadrul cărora patronul plătește 75% din prime, iar angajații restul. În cazul în care venitul familial este sub plafonul normal de dolari pe an, sînt rambursate toate cheltuielile. În afară de aceste sisteme există numeroase soluții intermediare (sistemul Kayser, sistemul abonamentelor cu tarif forfetar sau cu plafon mobil etc.), care fac din organizațiile spitalicești din S.U.A. un sistem foarte eterogen și diferențiat, cu atît mai mult, cu cît bolnavii au tendința de a se adresa în primul rînd spitalelor, tendință accentuată de faptul că în S.U.A. acoperirea asigurării este mai eficace pentru spitalizare decît pentru oricare alte servicii medicale.

Referindu-se la contradicțiile specifice spitalului american, Monnerot Dumaine nota :



Scanned with OKEN Scanner

„Medicina americană merge în același timp și bine și rău. Ea merge foarte bine pentru medici, deoarece onorariile sînt ridicate, foarte bine pentru progresele tehnice și pentru cercetare ; foarte bine pentru clientela bogată, care are toate posibilitățile să beneficieze de ultimele noutăți. Dar ea este mediocră din punctul de vedere al îngrijirilor ; este greu să te îngrijești în cartierele foarte populate, servite de spitale insalubre și rău echipate ; noaptea și la sfîrșit de săptămînă medicii nu pot fi găsiți ; învățămîntul medical este de calitate foarte modestă... Dar mai ales prețul ridicat este ceea ce îi reproșează economiștii (și bolnavii) și care justifică căutarea unui sistem nou“ (162):

În problemele cu care se confruntă sistemul spitalicesc atît în Statele Unite, cît și în Europa occidentală, prețul de cost ridicat face ca, în cea mai mare parte, asistența medicală să fie un produs tot atît de greu de cumpărat ca oricare altul. Societatea de „consum“ nu reușește nici pe departe să satisfacă interesele populației, distribuirea bunurilor și serviciilor spitalicești avînd în majoritatea cazurilor un caracter inegal. Dacă repartizarea asistenței medicale este determinată, în cea mai mare parte, de fluctuațiile pieței, numărul de spitale nu este determinat de jocul obișnuit al cererii și ofertei, ci mai ales de gradul în care autoritățile publice și filantropii particulari acceptă finanțarea unor asemenea așezăminte. Pe de altă parte, există o inegalitate marcată a resurselor disponibile la nivel zonal, ceea ce face ca regiunile cele mai echipate din punct de vedere medical să beneficieze de asistență spitalicească calitativ superioară.

Datorită absenței unui sistem de planificare și conducere centralizate, marea majoritate a medicilor, în special medicii omnipracticieni, practică profesia conform principiului libertății de acțiune : pot stabili unde și ce volum de servicii să presteze, pot profesa singuri sau în grup ; mulți dintre ei sînt remunerați sub forma onorariilor corespunzînd fiecărui serviciu prestat, sau conform unui sistem de plată anticipată, considerată ca o formă de asigurare medicală. Libertatea de specializare a medicilor este însă mult mai mică decît posibilitatea de opțiune pentru un anumit așezămînt spitalicesc. Deși practic nu există obstacole juridice în privința alegerii specializării, diferite instituții de omologare cu caracter neoficial, dar influente, limitează această libertate, iar necesitatea pentru specialiști de a lucra într-un spital, le restrînge și mai mult libertatea de acțiune. Pe de altă parte, elita medicală conducătoare (practicieni cu prestigiu, membri ai conducerii sau editori ai unor publicații medicale etc.), decide majoritatea problemelor de organizare profesională și, adesea, nu promovează tocmai legislația care ar îmbunătăți sau ar lărgi foloasele medicinei pentru public.

În nenumărate alte țări, caracterizate și ele prin absența unui sistem de coordonare a deciziilor cu conținut medical, serviciile spitalicești se confruntă cu probleme relativ asemănătoare, care afectează populația lipsită de resurse și contribuie la o distribuire inegală a îngrijirilor. Această situație este evidență mai ales în acele zone ale lumii cum ar fi Peru, unde serviciile medicale sînt inaccesibile unei jumătăți din populație, în Turcia, unde aproximativ 70—80% din populația rurală trăiește departe de marea majoritate a mijloacelor medicale, în Columbia, unde se apreciază că un sfert din populație nu a vizitat niciodată



Scanned with OKEN Scanner

un medic, sau în alte zone cu populație numeroasă, cum ar fi de exemplu regiunile rurale din Canada, unde o treime din populație are un venit anual sub plafonul normal, iar raportul medici/populație este de aproximativ 3‰ (164).

În raport cu diferite forme medical-organizatorice practicate în aceste țări, sistemul utilizat în țările socialiste se vădește net superior. Statele socialiste au fost primele care și-au asumat o responsabilitate directă pentru organizarea unor servicii sanitare cuprinzătoare, accesibile tuturor membrilor societății. În cadrul lor, dispensarul medical, policlinic și spitalul constituie un sistem coerent, caracterizat prin unitate structurală și funcțională.

Semnificația unanimă acordată *spitalului unificat* se vădește în următoarele caractere, dictate de dezideratele unei politici sociale și medicale fundamentale: a) posibilități egale pentru toți de acces la servicii; b) funcționalitate activă a acestor servicii în raport cu cerințele și scopurile variate ale colectivității; c) înaltă calitate a îngrijirilor medicale; d) accentul pus pe problemele de prevenire a bolilor; e) servicii medicale gratuite.

Unitatea administrativă și funcțională a spitalului asigură posibilități sporite de control medical și social al populației, prevenind aspectele perturbatoare introduse de boli în colectivitate și asigurînd condiții optime pentru asistența spitalicească.

În țara noastră, de exemplu, politica constantă promovată de P.C.R. în problemele sănătății populației a permis distribuirea rațională în teritoriu a centrelor spitalicești și a asigurat, și asigură în continuare, o coordonare unitară a spitalului cu celelalte forme organizatorice (dispensar medical și policlinic), pentru ridicarea la un nivel superior a întregii activități medicale.

Se observă astfel marea varietate a formelor organizării spitalicești din cadrul diverselor țări și zone geografice, în condițiile unor influențe deosebit de variabile ale diferiților factori de natură politică, socială, economică și culturală.

Sociologia spitalului are ca urmare un profund caracter național, fiecare spital (ca dealtfel fiecare instituție) dintr-o anume țară, avînd un profil unic, determinat în cea mai mare parte de convergența (sau divergența) de interese între public și stat.

Chiar dacă noțiunea de „spital" implică în general scopuri, activități și structuri sociale similare, care-l consacră ca „instituție tip", din punct de vedere sociologic această noțiune are un profund caracter normativ, cu un model cultural recunoscut în virtutea unor norme și valori naționale. Ca produs al unor tradiții istorice, instituțiile spitalicești din cadrul unei națiuni prezintă caractere foarte diferite de ale altora: de la atributele arhitectonice, tipul de organizare și conducere, pînă la personalul și publicul servit.

### 9.3.3. CONTROLUL COSTURILOR DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII PRIN CONTRIBUȚIILE DIRECTE ALE BOLNAVILOR

Un aspect important al preocupărilor din domeniul sociologiei spitalului privește problemele economiei sănătății. Din acest punct de vedere, evaluarea eficienței economice și umane a sistemului medical



Scanned with OKEN Scanner

în ansamblu, a spitalului în mod specific, constituie un reper de bază al politicii sociale, cu influenţe directe asupra bunăstării membrilor colectivităţilor umane. Lucrările din acest domeniu urmăresc abordarea complexă a structurii economice specifice diferitelor sisteme de îngrijire a sănătăţii, ocupîndu-se de diferitele aspecte ale finanţării serviciilor medicale şi de eficacitatea funcţionării lor din punct de vedere economic. Propunîndu-şi evaluarea principalilor factori care influenţează „adresabilitatea" bolnavilor, adică cererea adresată serviciilor de sănătate, multiple cercetări îşi concentrează în prezent unghiul de analiză asupra principalelor efecte care derivă din propuneri oficiale privind creşterea contribuţiei bolnavilor la acoperirea costurilor sociale necesare ameliorării şi dezvoltării sănătăţii.

Această problemă, larg dezbătură în cercurile de specialişti din Occident, mai ales din Canada, angajează de fapt multiple aspecte sociale legate de redistribuirea cheltuielilor publice în cadrul bugetului guvernamental şi redistribuirea diferitelor categorii de venituri ale populaţiei. De exemplu, plecînd de la analiza raportului Taylor, elaborat în anul 1977 de Consiliul comitetului guvernamental din Ontario în problemele controlului costurilor de îngrijire a sănătăţii, care a propus introducerea finanţării directe de către pacienţi a serviciilor medicale, precum şi de la evaluarea altor rapoarte care au încercat să soluţioneze problema „crizei costurilor de sănătate", specialiştii canadieni au dezbătut diferitele forme prin care se poate efectua acoperirea cheltuielilor în acest domeniu (bugetele de stat, companiile de asigurare şi plata directă), ca şi argumentele care pledează pentru avantajele şi limitele acestor sisteme de finanţare.

Explorînd beneficiile pe care le poate aduce o politică generală de stimulare a participării directe a consumatorilor la finanţarea îngrijirii sănătăţii, autorii unor studii se ocupă atît de avantajele pe care acest sistem de plată le aduce furnizorilor, companiilor de asigurare şi guvernelor provinciale, cît şi de posibilitatea ca acest sistem să facă pe bolnavi mai conştienţi de costul îngrijirii sănătăţii lor. În final, o asemenea politică, arată specialiştii canadieni, poate furniza un mijloc de supraveghere restrictivă asupra cheltuielilor de îngrijire a sănătăţii publice din bugetele guvernamentale, generînd, totodată, o creştere a cheltuielilor totale (publice sau particulare).

Totuşi, experienţa arată că numai cei sănătoşi vor simţi efectele pozitive ale finanţării directe a serviciilor de sănătate, de care va trebui să ţină seama orice decizie politică.

Pe de altă parte, există argumente care consideră că mare parte din bolnavi beneficiază de îngrijire sanitară necesară, care va fi ponderată de plăţile directe. Alte argumente consideră că, prin finanţarea directă a îngrijirii sănătăţii, indivizii vor dobîndi o mai mare responsabilitate pentru statutul lor de sănătate, care-i va duce la un stil de viaţă preventiv, graţie căruia să evite pe cît posibil consultaţiile terapeutice.

Examinînd toate aceste puncte de vedere, cercetătorii întreprind o critică detaliată a obiectivelor asigurării sănătăţii, subliniind faptul că nu există nici un suport teoretic sau empiric pentru a califica drept pozi-



Scanned with OKEN Scanner

tivă contribuţia directă a consumatorilor la furnizarea mijloacelor de ameliorare a sănătăţii publice.

Efectuînd, pe de altă parte, analiza efectelor participării financiare a bolnavilor la consumul medical, specialiştii abordează diferite criterii şi obiective ale politicii sanitare cu privire la formele de participare, precum şi reacţiile faţă de acest sistem ale consumatorilor şi ale furnizorilor din domeniul sănătăţii.

Majoritatea obiectivelor publice din sectorul sănătăţii — subliniază ei — îşi propun maximalizarea sănătăţii la un cost minim. Asta înseamnă însă, pe de o parte, o alocare mai largă a resurselor naţionale în domeniul sănătăţii, pe de altă parte eliminarea unor servicii. Se desprinde, ca urmare, necesitatea unui conţinut operaţional al obiectivelor privind optimizarea statutului sănătăţii în cadrul bugetului alocat pentru îngrijirea sănătăţii ei, şi totodată, necesitatea construirii unui indice al statutului sănătăţii, care să înglobeze diferitele ei dimensiuni. Cu toate avantajele lor, aceste obiective nu-şi pot găsi însă o aplicare reuşită în cazul sarcinilor financiare directe ale bolnavilor, care solicită definirea clară a rezultatului final. În legătură cu obiectivele specifice ale programelor sănătăţii publice, acestea constau din două tipuri principale : cele privind *asigurarea sănătăţii* (care se referă la influenţa sarcinilor financiare directe ale consumatorilor de sănătate asupra „riscurilor" lor financiare şi „transferului" între diferitele lor clase de venit) şi cele privind *sistemul de îngrijire a sănătăţii* (care se referă la producerea unei anumite cantităţi de servicii la un „cost" minim al resurselor şi cu o eficienţă tehnică maximă). Analiza acestor obiective sugerează : a) reducerea riscului financiar la care sînt expuşi indivizii, ca efect al apariţiei unei boli nepredictibile ; b) facilitatea redistribuirii sarcinilor financiare, mai mult în funcţie de capacitatea de plată a consumatorului şi mai puţin în funcţie de incidenţa bolilor ; c) modificarea unor servicii de îngrijire a sănătăţii, în scopul asigurării unei eficienţe tehnice cît mai mare.

Prin intermediul acestor aspecte se poate facilita o evaluare corectă a participării pacienţilor la finanţarea programelor de sănătate, respectiv de planificare a consumului medical.

Conchizînd că dimensiunea utilizării plăţilor directe, ca strategie urmărind intensificarea eficienţei serviciilor medicale sau frînarea costurilor acestora, este extrem de limitată, lovindu-se de dificultăţile introducerii unui sistem nediscriminatoriu de participare financiară a pacienţilor, autorii care s-au ocupat de aceste probleme demonstrează că această strategie se reduce în cele din urmă la elaborarea unui mijloc de sporire a avantajelor furnizorilor în detrimentul consumatorilor şi la încărcarea ultimilor cu povara îngrijirii sănătăţii.

Demonstraţiile economice abstracte ale costurilor medicale optimale nu împiedică perpetuarea unui sistem impregnat de tarele societăţii capitaliste în care oferta : „banii sau viaţa", „banii sau sănătatea" nu constituie altceva decît expresia unui mod de producţie dominat de interesele privilegiaţilor.



Scanned with OKEN Scanner

În pofida tuturor acestor diferenţieri, o analiză sociologică a spitalului contemporan devine posibilă, dacă ţinem seama pe de o parte de diferenţele menţionate, pe de altă parte de caracteristici structurale, care tind să devină în prezent mai mult sau mai puţin asemănătoare.

Ch. Parrow consideră că există trei componente de bază ale oricărei organizaţii spitaliceşti : a) sistemul cultural, care stabileşte scopurile (sistemul de apreciere a valorilor) ; b) tehnologia, care oferă mijloace pentru atins scopurile ; c) structura socială a organizaţiei (diviziunea muncii, tipul de autoritate, responsabilităţile, comunicaţiile). Între ele se stabilesc raporturi care dau unitatea de structură şi oferă posibilitatea de exercitare a funcţilor instituţiei spitaliceşti. În acest domeniu, analiza structurii şi funcţiilor organizaţiei spitaliceşti este de mare importanţă. Urmărind literatura de specialitate s-ar părea că s-a pus prea mult accentul în acest domeniu de cercetare asupra problemelor de administraţie, de recrutare şi instruire a personalului, de îndeplinire a sarcinilor de către acest personal, neglijîndu-se funcţiile care asigură unitatea structurală a spitalului ca instituţie.

De aceea este necesar să analizăm totalitatea acestor factori, care au influenţat în cel mai înalt grad absorbirea funcţiilor actuale ale spitalului, într-o structură organică, caracterizată prin unitate de scop şi de acţiune.

Ca orice instituţie, spitalul are un anumit scop organizatoric. Precum arătam la început, el constituie prototipul unei organizaţii cu funcţii multiple : învăţămînt, practică, cercetare, axate în întregime pe necesitatea optimizării serviciilor de îngrijire medicală. Pentru ca toate aceste funcţii să se poată realiza cît mai bine, este necesar să existe o dispunere specifică a diferitelor servicii în cadrul unui ansamblu global, caracterizat prin coerenţă funcţională şi prin coordonarea unitară a subansamblurilor componente.

a) *Caracteristicile formale ale organizaţiei spitaliceşti.* Orice organizaţie reprezintă un sistem de funcţii şi de valori complementare, dispuse ierarhizat, care asigură pe de o parte menţinerea sistemului, pe de altă parte îndeplinirea scopurilor acestuia. În cazul spitalului, acest sistem este subordonat unui scop fundamental : îngrijirea bolnavului. Scopul acesta nu este însă unic ; spitalul este, de asemenea, un mediu propice pentru cercetările cu caracter medical (ca şi pentru alte cercetări) şi un loc de formaţie şi instruire pentru viitorii medici. Corelarea tuturor acestor scopuri presupune cu necesitate existenţa unui centru de coordonare şi a unui sistem ierarhic de autoritate, capabile să asigure îndeplinirea activităţilor, printr-un aranjament „birocratic" al funcţiilor şi poziţiilor sociale din cadrul spitalului.

Premisa iniţială a acestui proces de raţionalizare a organizării constă în prezenţa unei structuri de conducere şi administrare, care constituie un compartiment funcţional cu rol determinant, pentru că elaborează deciziile de acţiune şi stabileşte modul de organizare, coordonare şi control al acestora. În sarcina lui cade, de asemenea, modul de administrare a cheltuielilor, recrutarea personalului, alocarea resurselor



Scanned with OKEN Scanner

etc. Spitalul include o problematică economică extrem de complexă atît pe plan intern (probleme de finanțare, investiții, costul unei zile de spitalizare, administrarea resurselor, asimilarea noilor tehnologii și echipamente), cît și extern (dificultăți de planificare, de repartizare regională, rațională, de măsurare a evoluției consumului etc.), cu consecințe pentru desfășurarea în bune condiții administrative. P. Verheugen considera că „fără o planificare spitalicească, fără un organ de gestiune capabil de discernămînt în cererile medicale privind ceea ce este util comunității (sau ceea ce este interesant din punct de vedere științific, pentru medic) multe spitale se află în posesia unui echipament costisitor, a cărui utilizare este destul de slabă, datorită costului medical ridicat" (166).

Se constată astfel că, în afară de scopul fundamental al spitalului — îngrijirea bolnavilor — există subscopuri sau scopuri complementare, prin care se asigură mijloacele necesare îndeplinirii lui și coordonarea diferitelor servicii.

O altă caracteristică a organizării spitalului constă în *diviziunea muncii*, impusă atît de necesitatea îndeplinirii scopurilor sau subscopurilor menționate, cît și de alți factori (dezvoltarea specializării în profesiunea medicală, diferențierea calitativă a activității diferitelor servicii, progresul tehnologic, creșterea dimensiunii funcționale a spitalului (etc.). Diviziunea muncii facilitează dezvoltarea unui sistem stratificat de funcții și roluri, conform unei anumite calificări profesionale a personalului, sistem care are în linii mari următoarea alcătuire : a) aparatul medical propriu-zis (medicii) ; b) aparatul auxiliar cu funcții directe de îngrijire și supraveghere medicală (asistentele, surorile, cadre calificate pentru „terapie") ; c) aparatul paramedical (cadre care deservesc laboratoarele, manevrează echipamentul etc.) și d) aparatul administrativ (alcătuit din persoanele care îndeplinesc diferite sarcini legate de gospodărirea și administrarea resurselor și bunurilor ce stau la dispoziția spitalului).

Noțiunea de „aparat" indică în toate aceste cazuri caracterul de „mecanism" al spitalului, alcătuit din elemente strîns intricate între ele, pentru a forma o unitate cu valoare de structură și cu anumite funcțiuni.

În exercitarea acțiunilor de îngrijire a bolnavului, ca obiectiv principal al acestui sistem de roluri și de funcții, între diversele elemente menționate se stabilesc raporturi specifice de coordonare sau subordonare, dispuse în forme variate (de exemplu sora colaborează îndeaproape cu medicul, dar îi este subordonată ; tehnicianul de laborator este subordonat acțiunilor medicului, dar deține „privilegiul" competenței în profesiunea sa etc.). În termenii lui M. Weber, autoritatea medicului este mai mult de natură tradițională decît legal-rațională.

Ca urmare, natura ierarhică a organizației spitalicești se extinde dincolo de pozițiile formale, inițiale, pentru a pătrunde în fiecare serviciu sau secție, unde, de asemenea, există diferențieri de poziție, pe baza unor calificări tehnice și prerogative profesionale. Sistemul ierarhic de autoritate asigură astfel coordonarea diferitelor scopuri și subscopuri cu caracter organizatoric, printr-un aranjament „birocratic" al funcțiilor și pozițiilor sociale din cadrul spitalului.

Spre deosebire de modelul organizațiilor industriale devenit astăzi modelul unanim recunoscut al organizației cu profil „birocratic" (supus



Scanned with OKEN Scanner

raționalizării), personalul medical (medicii mai ales) nu este subordonat decît „formal" administrației. Teoretic, se consideră că persoana cu cea mai înaltă calificare profesională (medicul cu cel mai mare prestigiu, în unele cazuri) ocupă funcția de conducere, deoarece are competența cerută pentru exercitarea ei și poate evalua și controla totodată activitatea celorlalți medici. Practic, însă, cel mai adesea, autoritatea directorului de spital se extinde mai ales asupra personalului administrativ, care nu participă direct în activitatea de îngrijire medicală, mai cu seamă în sistemele spitalicești coordonate de un consiliu de administrație, unde directorul sau administratorul nu au competența de a aprecia munca și performanțele echipei medicale, pentru că au o calificare diferită de cea a medicului.

Unul dintre principalele caractere ale organizației profesionale constă în posibilitatea de control a activității fiecărui membru participant. În cazul spitalului, această posibilitate bazată pe o experiență profesională îndelungată, este asigurată de *organizarea colegială* a personalului medical, care constă în supravegherea reciprocă și controlul multilateral al performanțelor fiecărui medic de către ceilalți. Dacă organizațiile „birocratice" se sprijină pe un complex normativ de reguli și prescripții „scrise" cu caracter formal, întărit prin supraveghere ierarhică, organizarea colegială a spitalului are la bază elaborarea unor reguli „nescrise", a unor standarde de comportament, orientate nu de principii ierarhice, ci de elemente cu caracter informal. Ea alcătuiește un gen specific de ierarhie bazată nu pe autoritate, ci pe niveluri de competență.

Chiar dacă această organizare colegială are și ea un caracter stratificat (în virtutea unor forme și grade diferite de specializare : medic practicant, intern, student etc.), ea nu se bazează pe principiul distribuirii „birocratice" a rolurilor și funcțiilor. Aici supravegherea modului de îngrijire a pacienților nu este exercitată prin directive formale, ci pe baza unui mecanism de evaluare reciprocă a activității și rezultatelor fiecăruia (prin modul în care decurge consultarea bolnavului, prin discuții colective asupra unor cazuri „interesante" sau „grave", prin examinarea fișelor de internare, prin confruntarea diagnosticelor etc.). Supravegherea reciprocă a medicilor influențează profund modul în care aceștia își asumă responsabilitatea față de bolnavi. Fiecare medic își are propria responsabilitate pentru un anumit număr de bolnavi și, de obicei, orice intervenție în activitatea lui este calificată ca „nedorită" sau disfuncțională. Supravegherea colegială nu constă în forme de evaluare formală, ci în atitudini și aprecieri față de competența medicului, față de capacitatea de a pune un diagnostic cît mai exact de la primul contact cu bolnavul, de a fixa un tratament corect, iar în cazul personalului medical, de supraveghere a bolnavului (asistente, surori etc.), de a săvîrși acțiuni cît mai rapide și mai exacte, evitînd erorile.

În multe cazuri, aceste forme de control colegial pot constitui un suport puternic pentru exercitarea activității în condiții cît mai bune și pentru conformarea cu normele spitalului, atît a celor formale care prescriu timpul și volumul de muncă, cît și a celor informale, „nescrise", care precizează *cum* trebuie efectuată această muncă.



Scanned with OKEN Scanner

Se poate conchide deci, că, spre deosebire de modelul monocratic al întreprinderii industriale, care cuprinde o singură linie de autoritate, așa cum a fost sugerată de Max Weber (șef — subordonați), în cadrul spitalului există o *dublă autoritate :* cea reprezentată de sistemul stratificat, cu caracter formal al distribuirii funcțiilor și rolurilor profesionale și cea cu caracter informal reprezentată de sistemul supravegherii colegiale.

În sistemele obișnuite ale autorității unice (întreprinderi, armată, administrație de stat), dreptul la decizie în problemele activității este o prerogativă directă a directorului, șefului, comitetului de conducere ș.a.m.d. Personalul se subordonează acestei decizii conform unui sistem ierarhic de autoritate (de la șef la subșef, de la acesta la subordonați etc.), care stabilește drepturile și obligațiile în legătură cu îndeplinirea scopului organizației. În spitale însă, personalul medical deține autoritatea deplină în domeniul îngrijirii pacienților, cu scop principal al acestor organizații. „Personalul medical dirijează de obicei linia activității lui, pe cînd autoritatea direcției este adesea restrînsă la domenii privind preocuparea mijloacelor prin care acțiunile medicale se pot realiza cu succes" (6).

Sistemul dublei autorități generează uneori situații conflictuale între exigențele medicale și procedurile administrative. Mare parte din literatura sociologică medicală asupra acestui subiect abundă în descrieri privind contradicțiile dintre „birocrație" și profesiune, dintre scopurile activității profesionale a medicului și mijloacele de realizare a lor. De exemplu, se consideră că, în timp ce pentru personalul medical problema costului îngrijirilor medicale nu constituie decît un subiect secundar, subordonat scopului principal al spitalului — îngrijirea bolnavilor —, obiectivul principal pentru administratori este grija de a procura cele mai bune îngrijiri cu cheltuieli cît mai reduse. În alte cazuri, achiziționarea unui echipament necesar pentru diagnostic constituie o aspirație profesională prioritară a medicului. Pentru administrator se pun însă probleme legate de costul acestor achiziții, de necesitatea utilizării lor la capacitatea maximă pentru a acoperi suma investită etc. Dacă medicul apreciază eficiența clinică, administratorul se raportează mai mult la eficiența economică. Deși îngrijirea bolnavilor — arată Rodney M. Coe — poate să fie prioritară, este evident că ea înseamnă mai mult pentru cei care se ocupă direct de ea, decît pentru ceilalți (6).

Dacă forma organică a „birocrației" administrative implică în general unele rigidități, formalism sau lipsă de suplețe, este evident că în unele cazuri ea afectează tendințele de autonomie ale medicului în legătură cu exercitarea acțiunilor sale profesionale. Chiar dacă sferele de autoritate ale medicului și ale administratorului sînt riguros delimitate, prin însăși natura activității lor, se creează totuși o zonă de interese și de autoritate convergente, în care pot să apară, cel puțin potențial, anumite conflicte (legate mai ales de problemele economice ale instituției).

Adesea, conflictele sînt inevitabile în spitale, datorită multiplelor subordonări : surorile, de exemplu, pot primi ordine contradictorii de la medici, de la administrație, de la sora șefă, fiind în același timp și la dispoziția bolnavilor. Adesea, exigențele îngrijirii bolnavului mai ales



Scanned with OKEN Scanner

cele de natură urgentă, nu pot fi realizate în cadrul strict al regulilor administrative ; de aceea intervine un anumit conflict de roluri, generat de dubla autoritate din cadrul spitalului, conflict care se ascute și mai mult cînd este vorba de coordonarea unor servicii cu activități extrem de diferențiate, cum este cazul spitalului contemporan. Diverși autori, sesizînd faptul că „serviciul spitalicesc este cea mai costisitoare, cea mai monumentală și prea de multe ori, cea mai elogiată parte a serviciului sănătății" (163), semnalează că în viitor, odată cu creșterea dimensiunii spitalelor și a lărgirii scopurilor lor funcționale, tendințele de birocratizare vor deveni și mai evidente. Se apreciază că extinderea instalațiilor, echipamentelor și a serviciilor, sporirea personalului, ca și lărgirea specializării, vor mări complexitatea spitalului ca organizație și rigiditatea stratificării sistemului său de roluri și de funcții, impunînd sporirea coordonării, a centrului administrativ și, respectiv, a numărului de conflicte între medici și administrație (fig. 29).

În condițiile sistemelor medicale socialiste, modul de organizare a activității spitalicești, bazat pe o planificare conștientă și riguroasă a sarcinilor, se opune ca diferitele raporturi între administrație și grupurile profesionale, medicale să se transforme în conflict. Aici exigențele administrative constituie eforturi conștiente de a asigura bolnavului condiții optime de îngrijire, în contextul unei coordonări unitare a activității diferitelor servicii. În afară de aceasta, dihotomia între medic și administrator, medic și director de spital, nu constituie de fapt o problemă, în măsura în care directorii de spital se recrutează de obicei dintre medicii cei mai competenți, cu prestigiu și cu experiența cea mai mare. Nesubordonîndu-se unor interese private, sau diferitelor grupuri, cum este cazul instituțiilor spitalicești din țările capitaliste, ci avînd ca obiectiv principal îndeplinirea cerințelor de ocrotire a sănătății membrilor societății, prin organizarea și administrarea cît mai judicioasă a resurselor și printr-o coordonare riguroasă a activității, directorul de spital este astfel un membru activ al echipei medicale. Problema administrării spitalului în țările socialiste impune de fapt rezolvarea necesităților de concordanță între exigențele medicale, procedurile administrative și necesitatea eficacității economice. „Medicul — arată Marin Voiculescu — trebuie să se ocupe în primul rînd de sănătatea bolnavului, dar nu trebuie să uite că în același timp este și mediator între bolnav și societate și deține o responsabilitate socială, și anume să se opună oricăror solicitări abuzive și cheltuieli sanitare inutile" (167).

Organizarea administrativă trebuie să țină seama de cele două aspecte corelate ale activității medicului și să găsească modalitățile cele mai potrivite pentru a le îmbina.

b) *Raportul dintre formal și informal în cadrul spitalului.* În cadrul oricărei organizații, distribuția autorității se corelează cu diferitele poziții sociale (roluri și funcții), derivate din structura formală cu caracter ierarhic. Ca urmare, relațiile dintre participanți se circumscriu într-un sistem stratificat de poziții de coordonare, subordonare, colaborare etc., care alcătuiesc împreună structura de autoritate, prescrisă de regulile formale ale acelei organizații. Fiecare organizație este în așa fel constituită, încît persoanele care ocupă poziții importante să se poată bucura de mai multă autoritate și să aibă posibilități superioare de con-



Scanned with OKEN Scanner

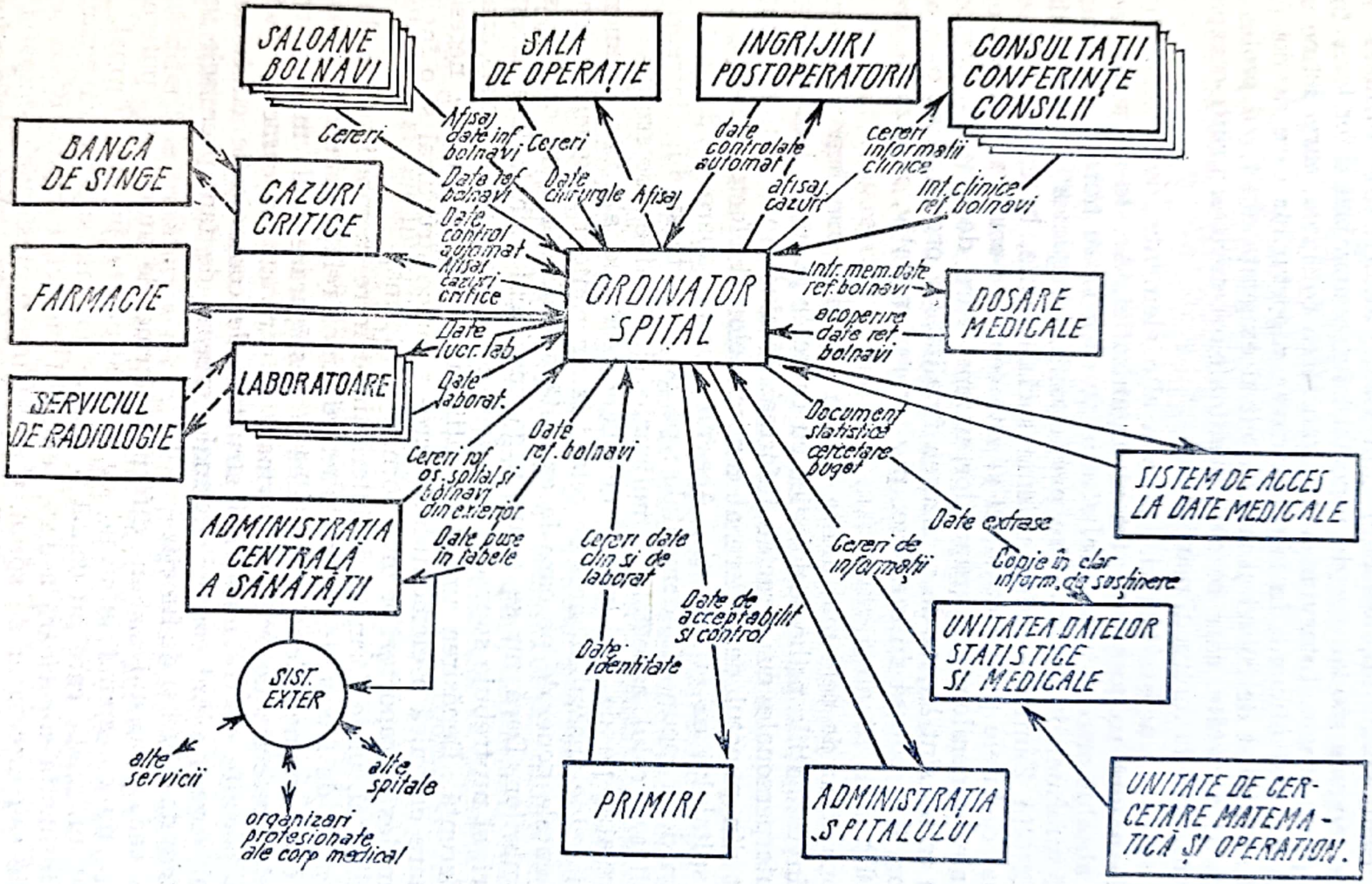



Fig. 29. — Sistemul de informare medicală generală (J. de Rosny).

trol formal asupra celorlalți participanți, asupra informațiilor (ordine, decizii, instrucțiuni) care circulă între diferite canale de comunicare, asupra mijloacelor și resurselor de activitate ș.a.

În cazul spitalului, așa cum am văzut, autoritatea formală nu constituie singura modalitate de raportare între membrii diferitelor formațiuni profesionale. Intervine atît organizarea colegială, care deține un rol, probabil mai eficient, în reglementarea raporturilor care derivă din sistemul stratificat de roluri și funcții, cît și exigența angajării profesionale față de societate, care rezolvă eventualele conflicte, printr-o raportare permanentă la interesul pacientului.

În afară de acești factori, intervin alte elemente, derivate din climatul de natură psiho-sociologică al organizației. Aceste elemente, care apar în absolut orice organizație, alcătuiesc ceea ce se numește de obicei sistemul informal de relații între participanți. „Organizațiile — menționează Cătălin Zamfir — sînt sisteme social-umane, în care acționează nu numai cerințele puse formal, ci și alte cerințe : cerințe psihologice și sociale ale oamenilor, ale grupurilor umane, care declanșează comportamente ce nu sînt legate de realizarea finalităților organizației, prin originea lor, dar pot să influențeze, pozitiv sau negativ, realizarea acestora“ (107).

Considerat de cele mai multe ori un domeniu privilegiat de studiu pentru investigațiile psiho-sociologice cu caracter general, domeniul relațiilor interpersonale cu caracter informal rămîne un teren mai puțin explorat din punctul de vedere al consecințelor și efectelor nemijlocite asupra spitalului ca organizație. Această situație apare condiționată de cel puțin două lacune fundamentale : pe de o parte studiile întreprinse supralicitează rolul aspectelor emoționale și afective determinate de aceste relații, pe de altă parte, modelele teoretice ale unei asemenea abordări reduc ansamblul acestor relații la un context fragmentar, izolat de influențele generale pe care le exercită organizația spitalicească asupra membrilor. Dacă nu se poate nega specificul psihologic al acestor raporturi, el nu trebuie supraevaluat, deoarece dimensiunea socială apare preponderentă. Depășirea unilateralității punctelor de vedere necesită o îmbinare organică a elementului micro- și macrostructural și o înțelegere complexă a raporturilor între formal și informal.

În spital, unde formele de interacțiune între membrii personalului sînt deosebit de frecvente și au caracterul unor relații primare („face to face“), comportamentele tind să aibă o desfășurare mult mai „liberă“ decît cele prescrise de regulile formale și care au un caracter oficial. Aceasta permite dezvoltarea unei structuri de comunicație cu caracter informal, care, ocolind canalele formale, creează de fapt premisele unui nou sistem de roluri și de funcții.

În cadrul acestui sistem, diferitele forme de autoritate, putere și influență nu corespund întocmai cu cele stipulate în mod formal. De exemplu, un medic care nu ocupă o poziție ierarhic superioară poate să aibă o influență superioară asupra celorlalți medici, comparativ cu șeful de secție sau directorul de spital. Competența profesională, simpatia de care se bucură în rîndul membrilor corpului medical, linia de conduită, în sfîrșit modul agreabil de comportare, sînt factori care îi sporesc prestigiul și îi pot întări autoritatea.



Scanned with OKEN Scanner

S-a observat de multă vreme în spitale, ca de fapt în oricare altă organizaţie, prezenţa unor „animatori" ai grupului de medici, care prin experienţă şi pricepere şi prin alte calităţi personale, exercită o influenţă mare asupra celorlalţi, chiar dacă formal nu ocupă o poziţie superioară. Sînt medicii care sînt consultaţi cel mai des pentru diagnostic sau indicaţii terapeutice, sau în legătură cu probleme profesionale, de viaţă etc. Ca „leader" socio-afectiv al grupului, medicul cu cea mai mare autoritate informală, are şi rolul de a diminua şi anula conflictele interpersonale din cadrul grupului şi de a asigura desfăşurarea unor relaţii în care să se poată exprima deplin atît aspiraţiile personale ale fiecăruia, cît şi cele de grup.

Aceleaşi comunicaţii informale se stabilesc şi în alte categorii profesionale din spital. De exemplu, în cazul personalului medical de supraveghere, unde interacţiunile informale sînt şi mai frecvente decît în cazul medicilor, autoritatea formală a unei sore şefe nu coincide totdeauna cu prestigiul de care ar avea dreptul să se bucure.

Sînt cunoscute cazurile în care între grupul de surori şi sora şefă intervin „fricţiuni" cu caracter profesional sau personal, ceea ce face să ia naştere o nouă structură de autoritate cu caracter informal, în favoarea unei surori care canalizează cele mai multe simpatii şi se bucură de cel mai ridicat prestigiu.

Se evidenţiază astfel comportamente şi atitudini variate, interacţiuni şi relaţii cu caracter profesional şi personal care angajează atît latura formală, cît şi pe cea informală a structurii sociale specifică spitalului.

Interrelaţia formal-informal generează o complexitate de norme, valori şi comportamente, care pot fi grupate împreună sub denumirea de „cultură a spitalului". În cadrul acestei „culturi", bolnavii, grupul numeric cel mai important (pe care i-am omis intenţionat pînă acum, pentru rolul lor pasiv faţă de structurile de comunicaţie profesională), deţin un rol deosebit de important. Dacă acordăm termenului de cultură sensul de „mod de viaţă", concretizat în anumite obiceiuri, deprinderi, moduri de a acţiona etc., putem considera ambianţa spitalului ca formată dintr-o mulţime de subculturi, atît cele cu caracter profesional ale corpului medical, cît şi cele introduse de bolnavi.

Utilizînd denumirea lui E. Goffman, spitalul este o instituţie „totală", în care, printr-o dispunere caracteristică a serviciilor funcţionale, se asigură îndeplinirea unor nevoi multiple ale bolnavului. Caracterul principal al unei asemenea instituţii constă în ralierea tuturor participanţilor ei la un scop unic, în acceptarea aceluiaşi mod de viaţă (indiferent de poziţiile sociale), în dependenţa faţă de aceeaşi autoritate care organizează diferitele trăsături ale vieţii din spital, în cadrul unui plan general şi comun pentru toţi. Cum arăta Goffman, „în primul rînd, aici toate aspectele traiului sînt conduse în acelaşi spaţiu, de aceeaşi autoritate unică. În al doilea rînd, fiecare etapă a activităţii zilnice a membrilor se desfăşoară în tovărăşia imediată a unei mari mase de alte persoane, toate tratate la fel, tuturor cerîndu-li-se să facă împreună aceleaşi lucruri. În al treilea rînd, toate fazele activităţilor zilnice sînt strict planificate şi strîns legate între ele printr-un sistem de reguli formale precise. În



Scanned with OKEN Scanner

sfîrșit, diferitele activități sînt sintetizate într-un plan rațional, destinat anume îndeplinirii sarcinilor instituției" (169). În termeni sociologici asemenea instituții „totale" sînt instituții de socializare, menite să provoace anumite schimbări în starea fizică, psihică și socială a indivizilor care se încredințează din toate punctele de vedere competenței personalului.

Acest aspect totalitar implică o cultură de un gen aparte, constituită din componente cu profil deosebit, receptate foarte diferit de reprezentanții celor două grupuri mari din spital : bolnavii și personalul.

Sistemul organizației spitalicești constituie de exemplu, pentru medic, mediul social al vieții cotidiene și al activității sale profesionale. Atmosfera interioară, interpersonală a spitalului, armonia și cooperarea între diferitele servicii, influențează în mod deosebit eficacitatea muncii medicului și, prin aceasta, desfășurarea normală a funcțiilor unei asemenea instituții.

Pentru bolnav, dimpotrivă, mediul spitalicesc reprezintă un mediu oarecum ostil, care deși îi garantează securitatea, îi impune acordarea unei semnificații aparte, care tinde mai mult la refuzarea decît la acceptarea unei asemenea instituții. Atmosfera dintr-un spital este foarte deosebită de cea a oricărei alte instituții sociale. Spitalul degajă un anume climat emoțional, o ambianță culturală deosebită, cu valențe „sacre" (Durkheim) pentru majoritatea „profanilor". Ritualul vizitelor, al contravizitelor, activitatea plină de tensiune a camerelor de reanimare sau a serviciilor de urgență, procedeele terapeutice, modul de organizare a vieții în comun, în sfîrșit, faptul de a se afla atît de aproape de circumstanțele morții, totul apare învăluit — pentru bolnav — într-o atmosferă stranie, cu un caracter oarecum tainic și misterios.

Simbolistica instituției (halatele albe ale personalului, instrumentele obișnuite : seringa, stetoscopul, cu care bolnavul este obișnuit să-l identifice pe medic) întărește acest caracter și acordă cadrelor din spital o semnificație deosebită : cea a capacității de a vindeca, de a „ține în mîini" viața pacientului.

Unele studii au semnalat însă că, de cele mai multe ori, caracterul „sacru" al instituției spitalicești este în detrimentul dezvoltării laturii sale umane. Se înmulțesc astăzi colocviile și reuniunile experților, axate pe problemele „umanizării" spitalului, pentru a frîna procesele depersonalizării bolnavului într-un mediu din ce în ce mai tehnologizat. Asemenea reuniuni au fost organizate și în țara noastră, mai ales în mai 1975, cînd, din inițiativa Institutului de igienă și sănătate publică, a fost organizat un simpozion dedicat exclusiv problemelor legate de umanizarea spitalului.

„A umaniza spitalul — arăta L. de Gennes — înseamnă să stabilești un contact intim între medic și bolnav, mai ales să-l înțelegi pe acesta, să-i insufli încredere sau speranțe, care deseori se dovedesc mai prețioase pentru vindecare decît remediile științei, să faci ca minunata dragoste de oameni să domnească în această lume a bolnavilor, unde totul este anxietate și refuz".



Scanned with OKEN Scanner

## 9.4. ASPECTE MEDICO-SOCIALE ALE ACTIVITĂȚII DIN CADRUL SPITALULUI CONTEMPORAN

### 9.4.1. CARACTERISTICI PRINCIPALE ALE COORDONĂRII ACTIVITĂȚII MEDICALE ȘI SOCIALE

Spitalele contemporane au devenit în prezent instituții „totale", în cadrul cărora se asigură o integrare funcțională a diferitelor servicii. Scopul lor principal constă în îngrijirea bolnavilor, dar, așa cum am văzut, ele își propun multiple scopuri complementare. Trebuie remarcat totodată ca însăși funcția de îngrijire medicală a evoluat în direcția asimilării unor activități cu caracter mai larg, în cadrul cărora diagnoza și tratamentul dețin un rol principal, dar nu unic. Astfel, trebuie menționate atît aspectele activității medicale, tradiționale, cît și cele cu caracter social, care caracterizează modurile de îngrijire a pacienților în cadrul spitalului contemporan.

Referindu-se la evoluția scopurilor organizatorice ale spitalului, rezultate printr-o dispunere funcțională a compartimentelor și rolurilor în raport cu necesitățile pacienților, Rodney M. Coe distinge trei modele de îngrijire medicală a bolnavilor spitalizați (6) :

a) *modelul de îngrijire cu supraveghere staționară („în custodie")* este caracteristic scopurilor organizatorice, cu caracter tradițional, ale spitalului din prima etapă de dezvoltare a acestuia, cînd funcționa ca organism „caritabil". Funcția lui principală consta nu în desfășurarea unor forme de intervenție terapeutică asupra bolii (considerată de obicei incurabilă), ci în asigurarea unui anumit grad de confort bolnavilor lipsiți de resurse care — ca urmare — preferă să se supună necondiționat regulilor instituției, decît să contribuie la acțiunea de vindecare a bolii, prin înlăturarea dependenței față de ea. Prelungindu-se pe perioade îndelungate de timp, această formă de îngrijire genera în cadrul spitalului, proceduri administrative cu caracter extrem de rigid, care tratau bolnavul mai mult ca obiect decît ca subiect. „Natura acestor relații sociale între pacienți și personal, ca și cele dintre membrii personalului, au generat modelul instituției totale" ;

b) *modelul de îngrijire clasică.* Bazat în cea mai mare parte pe progresele științei medicale, scopul principal constă în vindecarea completă a stării acute, de scurtă durată, a bolii și presupune (atît pentru pacient, cît și pentru întreg personalul spitalicesc) supunerea fără discuție la autoritatea medicului. Din punct de vedere biologic și sociologic, bolnavul devine un „caz" și deci „obiect" al procedurilor medicale ; ca urmare, interacțiunea dintre personal și bolnav, în condițiile diviziunii ierarhice a muncii profesionale și a lucrului în schimburi, tinde să devină episodică și lipsită de comunicare afectivă.

În măsura în care comunicațiile dintre membrii personalului sînt bazate pe reguli impersonale, stipulate formal, acest model se apropie de caracterele „raționale" ale organizării spitalului contemporan ;

c) *modelul de îngrijire cu reabilitare.* Ocupîndu-se nu atît de stări acute sau de urgență ci de boli cronice, își propune ca scop principal nu atît vindecarea bolii prin diagnostic și tratament, cît restabilirea funcțiilor normale ale organismului prin acțiuni de ajustare și reeducare. Ca urmare, bolnavul este încurajat să treacă de la un rol pasiv, de dependență față



Scanned with OKEN Scanner

de personalul medical, la o colaborare directă cu acesta, care la rîndul său își coordonează eforturile în cadrul unui colectiv bazat pe spirit de echipă. Fiind un proces de durată, reabilitarea determină o interacțiune pozitivă între membrii personalului, favorizînd dezvoltarea unor structuri de grup, care ușurează situația bolnavului. „Cînd însă reabilitarea este întreprinsă în spitalul general, unde domină scopurile, presupunerile și așteptările modelului de îngrijire clasică, influența structurii de grup este mai problematică".

Toată această evoluție istorică a îngrijirilor medicale din cadrul spitalului a extins caracterele activităților medicale în direcția asimilării unor noi funcții, care au creat noi domenii de activitate și noi grupe profesionale coparticipante la actul medical din spital.

*Tabelul X*

**Modele de îngrijire a bolnavilor**

| Forme | Supraveghere | Clasic | Reabilitare |
|---|---|---|---|
| Scopuri stabile | Confort | Tratament | Restabilire |
| Presupuneri despre evoluția bolii | Incurabil | Reversibil | Variabil |
| a) Terapia ... | Sporadică | Centrală | Suplimentară |
| b) Rolul de bolnav... | Permanent | Temporar | Intermitent |
| Atitudinea bolnavului | Supunerea la regulile instituției | Supunerea la ordinele medicului | Redobîndirea funcționalității manuale |
| Model instituțional rezultat | Instituție totală | Spital general pentru boli acute | Centru de restabilire |

*Sursa*: RODNEY M. COE

Astfel, o caracteristică de bază a spitalului contemporan constă în posibilitatea de practicare a unei medicini „integrale", realizată prin coordonarea activității diferitelor servicii funcționale cu scop de diagnostic, tratament și reabilitare, ca și prin acordarea unor forme de îngrijire, specializată la toate nivelurile. Aceasta permite asumarea unei responsabilități comune pentru toți membrii echipei medicale față de îndeplinirea planului de tratament integral și facilitează totodată libertatea fiecăruia de a decide în domeniul propriu de competență profesională cele mai potrivite mijloace de integrare a activității în contextul general de acțiune. De asemenea, un alt caracter al medicinei integrale constă în faptul că bolnavul nu mai este privit ca „un caz de boală, ci ca o persoană care este bolnavă" (Mechanic), lucru care permite explorarea cauzelor sau a consecințelor de natură socială și psihologică a bolii.

Globalitatea îngrijirilor înlesnește o mai mare înțelegere a nevoilor și aspirațiilor bolnavului, a situației sociale a acestuia în cadrul grupului familial sau a celui profesional, creîndu-se astfel condiții favorabile trecerii de la tratamentul orientat spre boală, la cel prin care bolnavul este redat societății în deplinătatea capacităților sale funcționale. Intervine în acest caz o largă coordonare a serviciilor medicale cu activitatea altor instituții și organisme sociale ce asigură rezolvarea unor probleme sociale



Scanned with OKEN Scanner

generate de boală (fig. 30). În multe țări, echipele medicale din spitale includ sociologi sau activiști sociali, care propun soluții de supraveghere a bolnavilor după spitalizare, de către organizații special create, asigurîndu-se în acest fel continuitatea și coordonarea îngrijirilor cu caracter

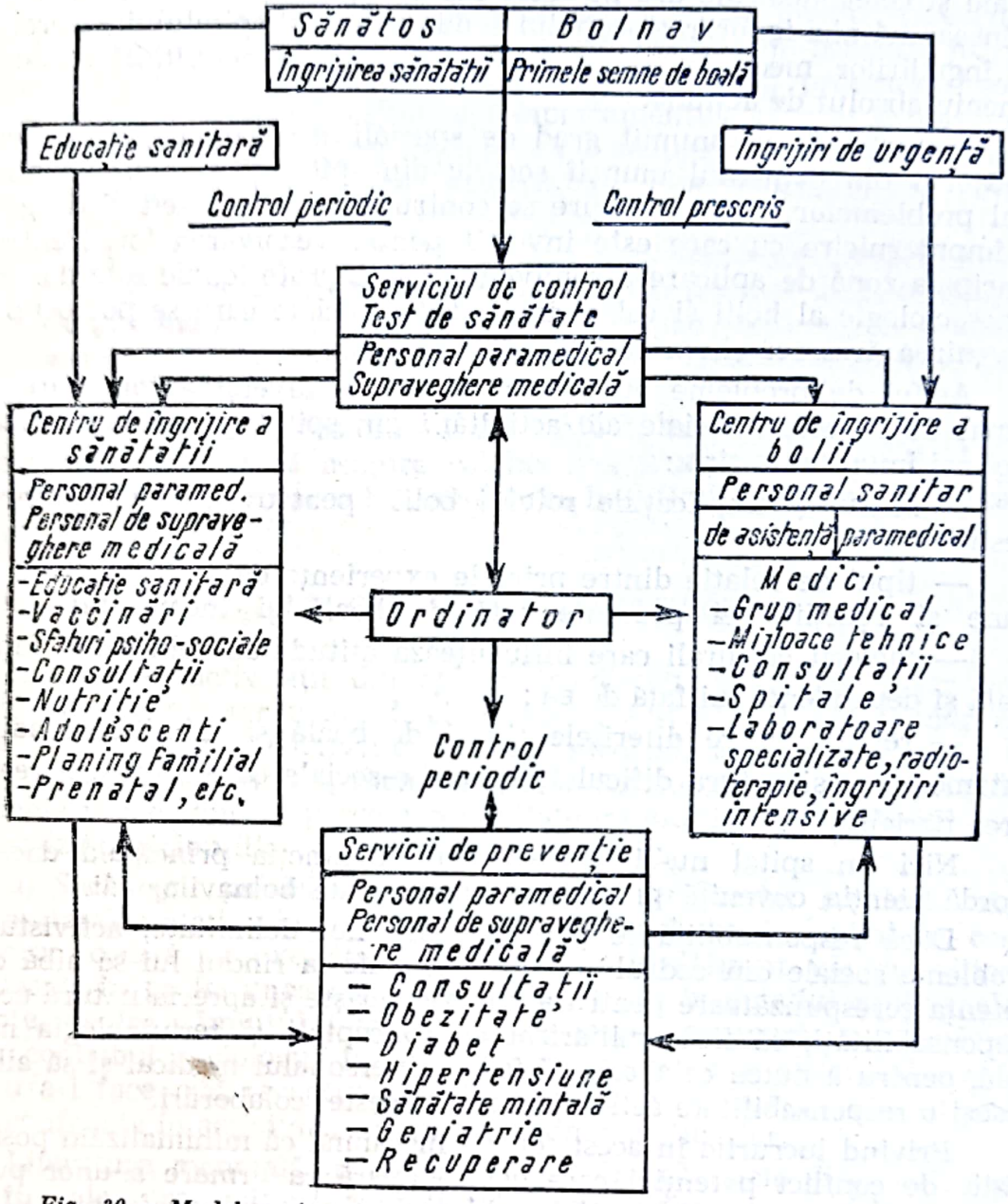



*Fig. 30.* — **Model pentru repartizarea îngrijirilor medicale (Felix Moerman).**

medical și social. În acest domeniu, trecerea de la scopurile inițiale de „binefacere caritabilă" a unor organizații filantropice cu participare benevolă, la construirea unei adevărate ramuri de activitate socială în spital și în afara spitalului, contribuie la precizarea și prevenirea factorilor sociali generatori de boli și la sporirea eficacității și continuității îngrijirilor.

Caracteristica centrală a acestei activități sociale constă în preocuparea directă pentru problemele sociale și psihologice ale bolii și tratamentului bolnavului, în intervenția eficace în viața personală a bolnavului



Scanned with OKEN Scanner

și a familiei acestuia. Aceasta necesită o apreciere plină de discernămînt a atitudinilor și nevoilor acelui grup de pacienți, pentru care rezolvarea problemelor sociale și psihologice contribuie hotărîtor la întreruperea evoluției cursului bolii. Problema colaborării și coordonării acțiunii sociale și celei medicale are în acest caz o importanță deosebită. Aceasta nu înseamnă nici ignorarea scopului fundamental al spitalului — procurarea îngrijirilor medicale — și nici supralicitarea activității sociale ca domeniu absolut de acțiune.

Dimpotrivă, un anumit grad de specializare este inevitabil pentru lucrătorul din domeniul muncii sociale din spital și el depinde atît de tipul problemelor sociale cu care se confruntă bolnavul, cît și de gradul de împuternicire cu care este investit pentru rezolvarea lor. Pentru el principala zonă de aplicare a competenței sale profesionale este domeniul psihosociologic al bolii și cel al instituțiilor sociale care se pot ocupa cu prevenirea, tratarea și oprirea evoluției bolii.

Astfel de probleme au fost analizate de diverși autori, care s-au ocupat de aspectele sociale ale activității din spital și care apreciază că cele mai importante sînt :

— sensul și implicațiile rolului bolii pentru bolnav și familia acestuia ;

— tipul de relație dintre primele experiențe de viață ale unei persoane și reacțiile ei prezente față de boală și incapacitate ;

— factorii culturali care influențează atitudinea bolnavului față de boală și dependența lui față de ea ;

— relația dintre diferitele tipuri de boală și diferitele stadii de tratament, ca și natura dificultăților psiho-sociale care afectează reabilitarea pacientului.

Nici un spital nu-și poate îndeplini funcția principală dacă nu acordă atenția cuvenită problemelor sociale ale bolnavilor săi.

Dacă responsabilitățile medicale sînt net delimitate, activistul cu probleme sociale din cadrul spitalului trebuie la rîndul lui să aibă competența corespunzătoare pentru a putea cunoaște și aprecia natura acestei responsabilități, să fie familiarizat cu conceptele și terminologia medicală, pentru a putea colabora eficient cu personalul medical și să aibă el însuși o responsabilitate activă în cadrul acestei colaborări.

Privind lucrurile în acest fel, nu înseamnă că minimalizăm posibilitățile de conflict potențial care pot să apară ca urmare a unor puncte de vedere divergente în unele probleme cu caracter profesional. Unele cercetări au semnalat faptul că medicul însuși tinde să se considere expert în problemele sociale sau este ispitit adesea să ignore orice contribuție ce îi încalcă domeniul de activitate. Pe de altă parte, din numeroase motive, puterea cu care este investit medicul este deosebit de mare și se extinde dincolo de autoritatea care rezultă din competența profesională. Aceasta complică poziția profesionistului specializat în probleme sociale, cu atît mai mult cu cît el nu se raportează la normele și valorile grupului medical, constituite prin tradiție istorică. Mai mult chiar, în unele cazuri, medicul refuză categoric valorile profesionale ale acestuia și le preferă pe ale lui.



Scanned with OKEN Scanner

Determinanții biologici ai bolii îi apar astfel de mai mare importanță decît cei de natură socială și psihologică pe care ori îi ignoră, ori le acordă o semnificație episodică.

Importanța factorilor sociali și emoționali în starea de sănătate și de boală — considera Z. Butrym — „s-a impus aproape cu forța în profesia medicală" (106) și, chiar în prezent există destui medici, care chiar dacă recunosc în teorie importanța acestor factori, în practică nu țin seama de toate influențele lor. Astfel, în stabilizarea procesului bolii, este indispensabil să se intervină în comportamentul obișnuit și obișnuințele bolnavului : cardiopatului trebuie să i se prescrie un nou ritm de viață, diabeticului un regim riguros și hipertensivului să evite *stress*-ul etc.

Fiecare medic recunoaște necesitatea unei asistențe comprehensive și integrale, dar această recunoaștere nu cere în prezent decît o aplicare extrem de pragmatică. Interesul pentru problemele vieții sociale a bolnavului aparține mai mult aspectului metamedical decît celui medical propriu-zis.

Dincolo de aceste posibilități de conflict, există destule puncte de convergență care pot să asigure colaborarea fructuoasă a medicului și expertului social în favoarea bolnavului, ca beneficiarul cel mai important al activității lor.

### 9.4.2. ROLUL SOCIOLOGULUI ÎN CADRUL INSTITUȚIEI SPITALICEȘTI

Extinderea activității din spitale în direcția rezolvării unor probleme atît cu caracter medical, cît și social a dus la apariția unor noi grupe profesionale participante la actul medical, altele decît cele cu caracter tradițional. Astfel, includerea sociologului în procesul spitalelor din unele țări devine în prezent o realitate cu multiple semnificații pentru analiza contribuțiilor sociale în acest domeniu.

a) *Sociologul, participant la procesul de învățămînt medical.* Așa cum arătam în secțiunile anterioare, o orientare de bază a spitalului contemporan constă în exercitarea funcției de învățămînt pentru viitorii practicanți în profesiunea medicală. Fără a intra în detaliul problemelor curente ale învățămîntului medical, vom indica pe scurt în ce măsură poate contribui sociologul la formarea profesională a viitorului medic, pentru a-l face mai receptiv față de problemele sociale cu care trebuie să se confrunte în activitatea sa după terminarea studiilor.

Literatura mondială în acest domeniu indică unele dificultăți care stau în calea transmiterii cunoștințelor sociologice : volum de predare limitat, program restrîns de studii practice, de cercetare, locul minor ocupat de sociolog în structura organizatorică a școlilor medicale, dezinteresul autorităților pentru asemenea forme de învățămînt etc. Intervin totodată valorile culturii profesionale a medicului, conform cărora problemele sociale trebuie tratate — dacă nu cu indiferență — cel puțin în urma celor cu caracter strict medical. Pe de-altă parte, nu totdeauna sociologul este membru activ al corpului profesional medical, ceea ce împietează de multe ori asupra statutului său atît în rîndul studenților, cît și în cel al medicilor. Cum arăta Withman, sociologul care activează în afara cadrului universitar „se găsește într-un domeniu în care funcțiile



Scanned with OKEN Scanner

sale nu sînt determinate în mod precis și în care speranțele ce se pun în el nu sînt consecvente, variind de la un moment la altul" (117).

Toți acești factori contribuie la realizarea unei reprezentări greșite despre rolul sociologului în domeniul învățămîntului medical, cu atît mai mult cu cît există destule exemple care demonstrează contribuțiile furnizate de el în acest domeniu.

În deceniile trecute, sociologii au contribuit în număr mare la programele de învățămînt ale unor școli medicale, europene și americane, mai ales în ceea ce privește predarea unor noțiuni referitoare la aspectele sociale ale sănătății și bolii. Dacă activitatea lor în învățămîntul clinic a fost limitată, mulți dintre ei au lucrat în spitalele clinice, ca membri ai colectivelor medicale. În această calitate au contribuit la o mai bună înțelegere a dimensiunilor sociale ale bolii, punînd accentul pe interacțiunea dintre factorii medicali și cei sociali, și pe integrarea aspectelor bio-psiho-culturale ale rolului de bolnav.

De multe ori însă, eficacitatea acestor activități nu a fost cunoscută, iar evaluarea ei a fost ignorată. Lois Pratt consideră că „nu a existat o tratare sistematică a procesului prin care informația sociologică este comunicată, tradusă, interpretată, învățată și transformată în principii cu aplicație practică de către practicieni, pentru a putea influența publicul profan" (159). Același autor considera că răspîndirea cunoștințelor sociologice printre practicienii din domeniul medical constituie o temă cu implicații majore pentru mai multe ramuri ale sociologiei, printre care : sociologia cunoașterii, a științei, a sistemului mass-media, a învățămîntului, a profesiunilor etc. Nici una dintre aceste ramuri — arăta Pratt — nu cunoaște în prezent vreo teorie sau cercetări în legătură cu sfera acestei probleme, deși în multe țări eficiența predării cunoștințelor sociologice în rîndul medicilor este deosebit de mare și a fost dovedită în practică.

În acest caz, completarea noțiunilor clinice cu altele din domeniul sociologic a permis medicului asimilarea unei viziuni și a unei experiențe mult mai largi asupra bolnavului sau problemelor sociale ale instituției spitalicești, ca și depășirea acelui impas tradițional, semnalat de unul dintre medicii încadrați într-un spital din S.U.A. : „dispunem de cunoștințe biologice pentru a soluționa o problemă, însă ne lipsește experiența socială ca să o aplicăm" (117).

Printre principalele subiecte sociologice referitoare la domeniul spitalului, predate studenților în medicină în diferite țări, mai importante par să fie :

— relațiile dintre medic și bolnav ;
— aspectele socio-psihologice ale spitalizării ;
— cultura și comunicația din cadrul spitalului ;
— reacții și moduri de adaptare la spitalizare ;
— valori referitoare la îngrijirea bolnavului ;
— probleme personale și profesionale ale bolnavului ;
— probleme ridicate de umanizarea mecanismului funcțional și administrativ ;
— coordonarea și colaborarea între diferitele servicii funcționale pentru realizarea integrală a tuturor aspectelor actului medical ;
— legătura spitalului cu alte instituții și organizații sociale.



Scanned with OKEN Scanner

Toate aceste teme de predare reprezintă numai o parte dintre cunoștințele sociologice necesare medicului, pentru a depăși concepția strict biologizantă a profesiei. Există nenumărate alte teme care pot fi incluse în planurile de învățămînt, pentru a putea oferi medicului un suport sociologic fundamental.

Instrucția sociologică constituie un domeniu important, care sensibilizează medicul la cunoașterea unor probleme care depășesc cadrul strict al informațiilor clinice și care-l fac să evite rutina și stereotipurile profesiunii. Scopurile învățămîntului sociologic apar în acest context nu auxiliare, ci complementare cu obiectivele instruirii clinice.

Iată cum ilustrează G. Reader modul în care studentul în medicină integrează cunoștințele medicale și cele sociale pentru a ajunge în cele din urmă să elaboreze o soluție practică :

„I se cere să aibă cunoștințe despre descrierile standard ale bolii și despre literatura corespunzătoare. I se cere să învețe să culeagă date în legătură cu bolnavul, atît fizice, cît și psihologice, sociologice sau de mediu. El controlează și cîntărește diferitele dovezi, pentru a ajunge la un diagnostic și un plan de tratament și pronunță astfel, diagnostice diferențiale pentru cazurile ce i se prezintă. Studentul care descrie bine un caz și formulează sentința diagnostic-terapeutică, arată că poate deveni un medic eficient“ (160).

Obiectivele de largă amploare ale învățămîntului sociologic procură astfel, un cadru propice pentru depășirea concepțiilor biologizante cu caracter tradițional în școala medicală.

În ultimii ani, numeroase școli medicale din diferite țări au fost reorganizate ; o atenție crescută se acordă și formației medicale cu caracter sociologic în scopul unei receptivități sporite a medicului față de rezolvarea problemelor cu caracter social din mediul de exercitare a profesiunii sale (policlinică, spital, familie, întreprindere). Există destule motive ca sociologia să devină în prezent o importantă materie de predare în școala medicală, cu atît mai mult cu cît patologia, bacteriologia, biochimia și chiar fiziologia, care au contribuit mai întîi cu cercetările lor în medicină și abia apoi au fost introduse ca materie de învățămînt pentru școala medicală, oferă un exemplu sugestiv.

b) *Sociologul în calitate de cercetător și practician.* Privit din punctul de vedere al sociologului, spitalul oferă un cîmp extrem de fertil pentru studiul multiplelor variabile (sociale, psihologice, culturale și economice) ce intervin în modul de îngrijire a bolilor, în activitatea și interacțiunea diferitelor grupe profesionale, în alte situații legate de relația medic-pacient și în atitudinea bolnavului față de spitalizare sau de alte forme specializate de activitate medicală.

Levine și White, analizînd 130 de instituții spitalicești și de asistență socială, precum și interacțiunea lor, în cadrul a patru comunități din nord-estul Statelor Unite, au constatat că există cel puțin patru probleme care necesită în cea mai mare măsură aplicarea cunoștințelor sociologice : „(a) structura internă a instituției ; (b) organizarea și mediul ei înconjurător ; (c) relațiile pe verticală și pe orizontală dintre diversele autorități ierarhice și competențe medicale ; (d) raporturile dintre diferitele instituții cu profil medical, dintre acestea și celelalte instituții sociale“. Ei arată că în domeniul instituțiilor spitalicești și al organiza-

ţiilor de asistenţă socială, medicul posedă prea puţine cunoştinţe sociale şi „sociologul este singurul care poate să pretindă că este cunoscător al problemelor din acest domeniu“ (157).

Dacă considerăm această apreciere ca fiind în cea mai mare parte reală, putem să acceptăm în acelaşi timp că însuşirea cunoştinţelor sociologice poate suplini penuria de date în problemele sociale ale instituţiei spitaliceşti.

Date fiind puternica dezvoltare a medicinei contemporane şi amploarea deosebită a sarcinilor care stau actualmente în faţa organizaţiilor spitaliceşti, rolul şi ponderea factorilor sociali care acţionează în aceste organizaţii sînt în continuă creştere, solicitînd medicului, îndeplinirea nu numai a unor sarcini tradiţionale, ci şi a altora noi, cu conţinut deosebit de larg.

Aceasta necesită din partea medicului cunoştinţe cu caracter social şi nu numai impresii mai mult sau mai puţin difuze. Mulţi profesionişti care-şi exercită activitatea în spitale, unde o înţelegere a comportării umane prezintă, fără îndoială, o importanţă deosebită, devin din ce în ce mai nemulţumiţi de abordarea tradiţională şi nesigură a problemelor sociale cu care se lovesc frecvent în practica lor. Alţii, dimpotrivă, consideră că posedă suficiente informaţii pentru cunoaşterea şi rezolvarea acestei probleme, deoarece tot ceea ce se petrece în societate este... social prin natura sa, şi prin urmare, propria lor experienţă este suficientă pentru aprecierea aspectelor cu conţinut social. „Profanul — considera P. Lazarsfeld — are tendinţa, atunci cînd acţionează fără să reflecteze, să presupună că, deoarece toţi oamenii se aseamănă, el îşi poate folosi cunoştinţele despre el şi despre ceilalţi cunoscuţi pentru a înţelege comportarea şi motivaţia altor persoane. Cunoştinţele unei persoane despre sine şi despre alţii sînt însă fragmentare, deformate de sentimente şi clişee stereotipe“ (117).

O cunoaştere ştiinţifică, autentică, a problemelor sociale ridicate de activitatea instituţiilor spitaliceşti, presupune însă o funcţie sociologică temeinică. Sociologul trebuie să-şi asume responsabilitatea cunoaşterii şi rezolvării acestor probleme, în sensul dorit atît de instituţie, cît şi de public, elaborînd analize metodice şi fiind angrenat direct în acţiunile cu conţinut social din spital.

Acţionînd în domeniul spitalului, sociologul poate îndeplini trei funcţii principale : de consultant, de practician şi de cercetător, fără să existe însă un consens unanim. Există încă sociologi care privesc mediile spitaliceşti ca locuri „strategice“, convenabile pentru testarea teoriei sociologice generale, în timp ce alţii, situaţi pe poziţii strict utilitare, urmăresc să aplice cunoştinţele lor în scopul soluţionării problemelor medicale. Aşa cum considera Fr. Steudler, cercetătorul în domeniul sociologiei medicinei (a spitalului în particular), se găseşte deseori în faţa unei opţiuni, fiind obligat să aleagă între studierea medicinei pentru confirmarea unor ipoteze globale privind ansamblul sistemului social şi structura comportamentelor sociale, şi apropierea de medicină pentru ca să participe la profilaxia şi tratamentul bolii, să ajute pe practician în rezolvarea problemelor sociale, să contribuie la elaborarea politicii sanitare (31).

Iese în relief distincţia propusă de R. Strauss între sociologia în medicină *(sociology in medicine)* şi sociologia medicinei *(sociology of*



Scanned with OKEN Scanner

*medicine),* care împarte pe cercetătorii din acest domeniu în două categorii profesionale : sociologii propriu-ziși, care nu posedă decît cunoștințe medicale elementare și medicii sociologi, care prin ansamblul cunoștințelor și informațiilor pe care le posedă (atît medicale, cît și sociologice) participă convergent la realizarea actului medical și a investigațiilor de sociologie a medicinei.

Referindu-se la această deosebire, E. Borgatta considera și el că este necesar să se facă o delimitare între rolul sociologului care lucrează în medicină și cel al medicului care achiziționează informații cu caracter sociologic, pentru că „socializarea profesională a sociologului diferă de cea a practicianului instruit sociologic" (161).

Pentru sociolog studiul spitalelor oferă o ocazie excelentă de înțelegere a structurilor instituționale complexe, ca și a relațiilor stabilite între aceste structuri și public. Pentru medicul sociolog, cel mai important lucru este rezolvarea imediată a problemelor sociale puse de organizația spitalicească, fiind direct interesat în testarea ipotezelor și teoriilor propuse de cadrul de referință al sociologiei generale. Alteori, chiar sociologul desfășoară o activitate utilitară, imediată, lipsită de repere teoretice, cazul cel mai frecvent întîlnit în majoritatea cercetărilor cu caracter empiric.

Deosebirea este însă relativă și nu ține seama de caracterul istoricește constituit al cercetărilor interdisciplinare de sociologie a medicinei : în general, „majoritatea sociologilor care se ocupă de problemele medicinei, caută un echilibru între cele două poziții. Ei înțeleg sociologia medicinei ca un domeniu care permite furnizarea unor date pentru întreg ansamblul sociologic și contribuie în același timp la rezolvarea problemelor specifice medicinei" (31).

Evidențiind valoarea contribuțiilor sociologice în domeniul spitalului și al celorlalte instituții medicale, Patricia Kendall și Robert K. Merton (158) consideră că următoarele direcții ale cercetării în acest domeniu sînt prioritare : a) studiul etiologiei sociale și al ecologiei bolii ; b) investigația componentelor sociale ale terapiei și adaptării ; c) analiza proceselor specifice instituțiilor medicale ; d) studierea problemelor sociologice, specifice învățămîntului medical care se predă în aceste instituții.

Studiul acestor direcții — consideră Fr. Steudler — trebuie completat cu analiza aspectelor de sociologie a sănătății, adică studiul particular al aspectelor sociale și economice ale sănătății, al locului ocupat de sectorul sănătății în orientările societății și al raporturilor stabilite între diferitele măsuri sociale, elaborate în această direcție *.

---

* Se observă astfel că sociologia aplicată în domeniul medical cuprinde, conform menționărilor făcute, trei ramuri : 1) *sociologia sănătății* (studiul aspectelor de organizare, planificare și orientare a problemelor de sănătate la nivel macrostructural), în cadrul căreia sociologul apare ca un consultant activ la problemele de decizie, fiind integrat în grupul de organizatori și planificatori ai sănătății publice ; 2) *sociologia medicinei* (studiul practicii medicale din punctul de vedere al funcției sale sociale pentru societate) în cadrul căreia sociologul este de obicei cercetător ; 3) *sociologia spitalului* (studiul structurii și funcțiilor instituției și organizației medicale), în cadrul căreia sociologul este fie practician, fie cercetător. În practică însă este greu de distins între aceste ramuri și de aceea, toate aceste probleme pot fi considerate ca fiind circumscrise în sociologia medicinei, denumire care acoperă toate dimensiunile sociologice ale medicinei.



Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce privește valoarea contribuțiilor aduse de sociolog pentru domeniul spitalului, aceasta depinde de modul în care preocupările lui converg direct sau nu către preocupările medicului.

La rîndul lor, numeroase sociologii de ramură (sociologia familiei, industrială, urbană, rurală etc.) furnizează și ele contribuții, indirecte însă, prin cercetarea unor structuri și funcții sociale determinate de practica spitalicească.

Toate direcțiile de cercetare menționate de autorii citați reprezintă numai o parte din preocupările sociologului în instituția spitalicească. Există nenumărate alte probleme care își așteaptă rezolvarea și aceasta depinde în mare măsură de modul cum sociologul reușește să cunoască în detaliu aspectele sociale din instituția spitalicească.

Pledînd pentru rolul sociologului în spital nu avem în vedere supralicitarea posibilităților sociologiei spitalului ca panaceu cu valoare ultraștiințifică și nici absolutizarea cunoașterii sociologice în scopul rezolvării problemelor sociale ale unei asemenea instituții.

Nu facem altceva decît să restabilim un adevăr care, în multe țări, pentru o lungă perioadă, a fost ignorat și anume faptul că sociologul poate să contribuie decisiv la propunerea unor soluții eficiente de rezolvare a problemelor sociale cu care se confruntă diversele instituții, de optimizare a structurilor și funcțiilor lor, iar în cazul spitalului, de sporire a eficienței îngrijirilor medicale.

Din păcate, nici elocvența pledoariei în favoarea sociologiei și nici importanța problemelor sociale ce așteaptă rezolvarea din partea ei nu pot înlocui punctele precise de reper în utilizarea competentă a rezultatelor ei. Asemenea responsabilități de rezolvare a acestor probleme presupune înțelegerea atît a exigențelor de aplicare, cît și a limitelor posibilităților sociologiei.

Uneori, și aceasta este o realitate pentru țările capitaliste, sociologia spitalului, practicată de pe pozițiile „establishment"-ului, nu face altceva decît să dea soluții în interesul unei minorități și deloc necesare optimizării îngrijirii publicului. Contradicția existentă în aceste țări, ca urmare a tendinței de sporire, pe de o parte, a numărului de cercetări sociologice desfășurate la nivel instituțional, pe de altă parte a rolului jucat de aceste cercetări în descifrarea aspectelor sociale disfuncționale, a fost extrem de bine surprinsă de Lazarsfeld, care în lucrarea „Foloasele sociologiei" nota : „Sociologii pot fi tratați ca martori pricepuți ai unor fenomene și procese, ca factori de oarecare răspundere, atunci cînd sînt consultați în luarea hotărîrilor, sau, pur și simplu, ca niște critici mai mult nedoriți decît doriți, care identifică, analizează și propun soluții pentru remedierea sau optimizarea unor procese sau stări de fapt" (117).

## 9.5. DIMENSIUNI SOCIO-PSIHOLOGICE ALE SPITALIZĂRII BOLNAVULUI

Așa cum am menționat anterior, atît medicul, cît și bolnavul acordă atmosferei interioare a spitalului o semnificație cu totul deosebită. Am examinat într-o oarecare măsură rolul medicului și al celorlalte categorii profesionale în structura socială a organizației spitalicești ; mai rămîne să vedem care este rolul bolnavului în contextul ei general.



Scanned with OKEN Scanner

Analiza factorilor sociali, culturali și psihologici care influențează spitalizarea și modurile de adaptare comportamentală față de ea, studiul valorilor determinate de relația dintre medic și bolnav, dintre acesta și personalul medical, pot furniza date interesante pentru înțelegerea spitalizării ca un fapt cu semnificații sociale.

### 9.5.1. EVOLUȚIA CURSULUI BOLII PÎNĂ LA SPITALIZARE

a) *Reprezentarea bolii de către individ.* Întregul proces al îngrijirii medicale specializate începe odată cu declanșarea bolii și cu perceperea ei de către individ ca o schimbare a bunăstării organismului și a capacității sale de funcționare. El poate să aibă, de exemplu, conștiința unei schimbări fizice (durere, inflamație, slăbiciune) sau a altor tulburări (amețeli, cefalee, privirea tulbure), care nu sînt tulburări psihice.

Modul în care profanul își reprezintă boala poate fi ilustrat prin numeroase exemple privitoare la evaluarea gravității acestor schimbări și la reacția mai mult sau mai puțin emotivă în legătură cu această schimbare.

G. Klemperer spunea că boala este „viața în condiții modificate... boala este experiența naturii ; vedem doar rezultatele și ignorăm condițiile în care s-a efectuat experiența" (170).

Drumul bolnavului începe astfel în interiorul unui sistem profan, care conține diferite valori, reprezentări și norme, în raport cu care sînt definite atît starea de sănătate, cît și cea de boală.

În măsura în care acestea depind în cea mai mare parte de valorile societății, putem considera, chiar de la început, comportarea lui ca fiind de natură socială.

Totuși, deși noțiunile generale pe care le are profanul asupra bolii depind mult în prezent, de cunoștințele științifice, răspîndite mai ales prin canalele *mass-media,* priceperea și experiența sa sînt destul de imperfecte și nu ajută la evaluarea corectă a cursului ei.

Apoi, în timp ce numai persoanele competente, care au cunoștințe de specialitate, pot fi obiective în aprecierea simptomelor, bolnavul resimte în chip extrem de subiectiv starea sa de boală. Boala însăși nu poate fi concepută numai ca un ansamblu de simptome, ci ca un proces care se infiltrează în viața unui individ, îl transformă atît fizic cît și psihic, îi schimbă mecanismul de adaptare și comportamentul social. De aceea, boala nu mai poate fi privită ca un simplu eveniment personal, pentru că nu schimbă numai bunăstarea fizică și psihică a individului, ci îi modifică însăși poziția lui socială în cadrul grupului.

Făcînd o diferențiere între noțiunea de suferință ca eveniment personal și starea de boală ca fenomen social, Rodney M. Coe consideră că ultima devine eveniment social numai atunci cînd ajunge să fie vizibilă și pentru ceilalți și cînd dă naștere la modificarea tiparelor de interacțiune socială, între bolnav și anturajul acestuia. În general, familia și celelalte grupe primare au cea mai mare șansă de a observa acest lucru (6).

Din punctul de vedere al grupelor în interiorul cărora este cuprins bolnavul, boala poate fi privită ca un factor frenator al îndeplinirii obliga-



Scanned with OKEN Scanner

ţiilor rolurilor* sale sociale şi poate genera nouă repartiţie a rolurilor celorlalţi indivizi, care, cel puţin pentru o perioadă, trebuie să îndeplinească atît obligaţiile lor, cît şi pe cele ale bolnavului. Este cazul obişnuit al familiilor în care unul dintre soţi s-a îmbolnăvit, iar celălalt trebuie să facă faţă unei sarcini suplimentare, sau al întreprinderilor în care incapacitatea unui membru al colectivului îi suprasolicită pe ceilalţi. Acest fapt implică o anumită răspundere din partea grupului faţă de bolnav, acordîndu-i acestuia privilegii speciale şi impunîndu-i totodată anumite obligaţii. În spatele bolnavului se află astfel mai multe motivaţii şi reprezentări colective, mai ales cînd tulburările bolnavului au depăşit un anumit grad. Noţiunile de sănătate şi boală, consideră Cl. Herzlich „sînt astfel exprimate şi orientate pe plan cognitiv, într-un limbaj care exprimă raportul dintre individ şi societate" (173).

Măsura în care un individ se poate considera liber pentru a prelua „drepturile" rolului de bolnav depinde astfel de contextul social, deoarece indiferent de răspunderea faţă de apariţia bolii, aceasta reprezintă o problemă de control social, orice grup trebuind să găsească mijloacele pentru a o contracara.

b) *Rolul de bolnav.* Pornind de la semnificaţia acordată bolii în cursul interacţiunii bolnav-societate, T. Parsons a construit un adevărat sistem categorial al elementelor definitorii pentru rolul de bolnav şi al rolurilor complementare lui. Obiectivul său principal constă în descrierea structurii sistemelor sociale. Pentru aceasta construieşte o paradigmă a cărei concepţie generală se referă la cel mai simplu fapt observabil în orice sistem social : interacţiunea stabilă a doi „actori", a doi membri ai societăţii. Această diadă apare ca fiind stabilă, în urma împărtăşirii de către fiecare membru în parte a unor valori comune.

Extrapolînd această situaţie la cazul sistemelor sociale mai complexe T. Parsons consideră că şi acestea pot deveni stabile, în măsura în care orice participant împărtăşeşte valorile generale ale sistemului, valori care sînt interiorizate printr-un proces de socializare şi care acordă legitimitate şi previzibilitate acţiunilor, definite obişnuit ca roluri sociale.

Instituţiile definite ca totalităţi coerente de roluri apar, în concepţia lui T. Parsons, ca tipuri complexe ale unor acţiuni sociale standardizate şi ale unor valori culturale împărtăşite de participanţi. Este astfel evident că orice comportament care intră în contradicţie cu valorile sistemului sau le neagă, tinde să fie calificat ca o formă de deviere socială, cu consecinţe potenţial distructive pentru sistem.

---

* Utilizăm noţiunea de „rol", aşa cum a fost elaborată în literatura de specialitate ca fiind definită în următoarele semnificaţii : a) „un model organizat de conduită referitoare la o anumită poziţie a individului într-un ansamblu de interacţiune" (Castellano) ; b) „maniera socialmente prescrisă de a te comporta cînd posezi un status determinat" (Stoetzel) ; c) „ansamblul activităţilor pe care trebuie să le realizeze" un individ ce ocupă o anumită poziţie în sistemul organizat (C. Zamfir). Teoria statusurilor şi rolurilor elaborată de sociologi şi reprezentanţi ai antropologiei culturale se referă la dispunerea ierarhică a funcţiilor şi poziţiilor sociale ale indivizilor în cadrul societăţii sau al oricărui alt sistem organizat. *„Dacă rolul cuprinde mulţimea aşteptărilor celorlalţi de la comportamentul unui individ...* statusul reprezintă mulţimea aşteptărilor individului de la comportarea celorlalţi faţă de el" (107). Ne raliem distincţiei făcută de H. Stahl în legătură cu noţiunea de „status" şi statut, preferînd să utilizăm pe prima, deoarece are un conţinut metodologic diferit de a doua terminologie, care conţine alt sens.



Scanned with OKEN Scanner

Boala, deformînd rolurile sociale „normale" ale indivizilor, constituie o formă specifică de deviere, ce necesită din partea sistemului dezvoltarea unor mecanisme de control social, care să o prevină sau să o combată.

Teza lui Parsons constă deci în înţelegerea bolii şi actului terapeutic, ca aspecte ale unui echilibru dinamic al societăţii şi în conceperea sistemului medical ca o formă aparte a societăţii şi în conceperea sistemului medical ca o formă aparte a sistemelor sociale. Este propusă o perspectivă teoretică, bazată în cea mai mare parte pe instrumentul metodologic al lui Max Weber : „tipul ideal", ca o „construcţie ideală a unui mod tipic de acţiune sau formă de relaţie, tip aplicabil analizei unei pluralităţi infinite de cazuri concrete şi care formulează într-o formă pură, consistentă logic, anumite elemente pertinente, pentru înţelegerea mai multor situaţii concrete" (174).

Procedeul este utilizat de Parsons pentru a descrie rolul de bolnav în termenii „aşteptărilor celorlalţi faţă de comportamentul său şi ai aşteptărilor lui faţă de comportamentul celorlalţi faţă de el".

Potrivit părerii lui Parsons, cele mai importante „aşteptări" (pe linie de rol) ale pacientului derivă din raportarea lui la două drepturi şi două obligaţii :

a) *scutirea de obligaţiile normale care revin rolului său cînd sînt exercitate în viaţa socială* (incapacitatea dată de boală este considerată ca o bază legitimă pentru această scutire „în măsură diferită, în moduri diferite şi pentru perioade diferite, în funcţie de natura bolii") ;

b) *bolnavul nu se defineşte printr-un act de decizie personal şi de aceea nu poate fi făcut răspunzător pentru incapacitatea sa* (această incapacitate „este interpretată ca fiind peste puterile sale de rezistenţă, prin hotărîri luate în privinţa ei" şi printr-o „terapeutică elaborată pentru restabilirea lui") ;

c) *deoarece boala este indezirabilă, bolnavul trebuie să dorească să se însănătoşească* („o condiţie esenţială a legitimării sale ca bolnav este recunoaşterea faptului că boala nu este dorită şi că are obligaţia de a încerca să redevină sănătos, colaborînd cu ceilalţi în acest scop") ;

d) *obligaţia de a căuta ajutor competent şi de a coopera cu medicul* („bolnavul şi toţi cei responsabili de bunăstarea sa, în special membrii familiei, au obligaţia să caute un ajutor competent şi să colaboreze cu instituţiile competente, pentru a încerca să-l ajute să se facă sănătos").

Ultimul aspect constituie, afirmă E. Friedson, explicaţia separării sistemului profan de cel profesional. Convergenţa celor două sisteme operează un dublu control : a) asupra bolnavului, întrucît este nevoie de un consens general pentru a stabili dacă cineva este bolnav, dacă se poate trata singur, dacă trebuie să se adreseze medicului sau altcuiva etc. ; şi b) asupra medicului, întrucît acesta este obligat să acorde bolnavului ajutor calificat, pentru a-l ajuta să se restabilească.

Dată fiind formularea de natură ideală a lui Parsons despre rolul de bolnav, sînt inevitabile un grad de izomorfism limitat în raport cu realitatea, ca şi o utilitate mai puţin imediată a modelului său. El nu se preocupă de specificarea situaţiei empirice, ci o circumscrie selectiv. prin crearea unui cadru de referinţă conceptual.



Scanned with OKEN Scanner

Unii autori au semnalat deficienţele acestui mod de a privi situaţia bolnavului, prin faptul că el nu reuşeşte să facă o „distincţie metodologică şi conceptuală între rolul de bolnav şi cel de pacient" (E. Horobin şi M. Bloor). Aceasta, pentru că nu toate persoanele bolnave devin axiomatic pacienţi, după cum nici toţi pacienţii nu sînt bolnavi. Mulţi pot să-şi asume un rol de bolnav, fără să se supună vreunui tratament, iar alţii se pot supune acestui tratament fără să pretindă scutirea de obligaţiile sale normale.

Mechanic şi Volkart consideră, de exemplu, că două persoane care au aceleaşi simptome clinice, pot să se comporte cu totul diferit : una poate fi preocupată să caute imediat ajutorul medical, cealaltă poate nesocoti simptomele sau nevoia de tratament (42).

Alte critici se referă la faptul că nu totdeauna „scutirea de responsabilităţi", ca drept al bolnavului, poate fi considerată ca un caz generalizat pentru toate societăţile, după cum nici obligaţia bolnavului de a se însănătoşi nu poate fi luată în seamă în cazul unor malformaţii sau boli cronice. De asemenea, obligaţia de a căuta ajutor competent şi de a colabora cu medicul nu este aplicabilă în cazul bolnavilor psihici. Pe de altă parte, există şi negarea recunoaşterii unei boli, cum este cazul bolilor venerice, stigmatizate social, şi care îndeamnă pe mulţi să nege evidenţa bolii sau să caute o îngrijire lipsită de publicitate.

Dincolo de aceste limite, modelul lui Parsons aduce o contribuţie importantă la conceptualizarea situaţiei bolnavului în raport cu societatea. Însuşi faptul de a se califica singur drept bolnav şi de a hotărî ce trebuie făcut, constituie un exemplu pentru înţelegerea faptului că această evaluare concordă cu concepţiile şi alternativele culturale ale grupului. Aceasta merge de la prescripţii pînă la motivaţii psihologice generale.

Avînd diferite drepturi şi obligaţii şi necesitînd alte roluri complementare, rolul de bolnav este un rol social. Bolnavul nu-şi pierde situaţia socială dobîndită anterior bolii tocmai prin faptul că grupul legitimează starea sa de incapacitate, acordîndu-i „circumstanţe atenuante".

Cum arată Parsons, majoritatea grupurilor recunosc rolul de bolnav şi în măsura în care acesta nu poate să-şi joace rolurile normale, trebuie găsite forme de schimbare structurală în cadrul grupului, atît pentru a-i suplini absenţa, cît şi pentru a-l ajuta pe bolnav. În felul acesta se pot suplini efectele disfuncţionale exercitate asupra grupului, ca urmare a incapacităţii bolnavului şi se pot totodată elabora mecanisme de control social pentru a-l reabilita.

Edmond Suchman, referindu-se la procesul prin care cei din jurul bolnavului acceptă declaraţia acestuia că este suferind şi-l absolvă de obligaţiile obişnuite, îl denumeşte „validare provizorie" (171), iar Rodney M. Coe denumeşte „cîştig secundar" avantajele ce decurg pentru bolnav dintr-o asemenea absolvire (posibilitatea lui de a fi scutit de îndeplinirea unui rol social obositor, un mod de a beneficia de o atenţie sporită din partea altora etc.).

c) *Factori sociali şi psihologici care influenţează adresabilitatea.* Odată elaborată această „validare provizorie", bolnavul intră într-o altă etapă a evoluţiei : devine pacient, adică luînd contact cu formele îngrijirii medicale intră în circuitul căutării însănătoşirii sale. O influenţă în



Scanned with OKEN Scanner

acest domeniu o exercită grupurile primare în care este integrat (familia, prietenii) şi care intervin pentru a-l convinge să se adreseze medicului *. Pentru că se ştie că nu totdeauna toţi bolnavii se adresează medicului. Numeroase anchete sociologice desfăşurate în cadrul unor grupuri diferenţiate de bolnavi în raport cu diferite variabile sociale, au demonstrat tendinţa mult mai scăzută a grupurilor cu instrucţie inferioară de a se adresa prima dată medicului, deoarece :

— recunosc cu mai puţină claritate şi mult mai tîrziu unele indicii organice ca semne de boală ;

— vor mărturisi mult mai tîrziu că au nevoie de ajutor ;

— în sfîrşit, vor face apel abia după un anumit timp la o asistenţă calificată (112).

Yvo Nuyens consideră că aceste comportamente ale grupelor de populaţie mai puţin instruite se datoresc unei reprezentări specifice a bolii, caracterizată prin următoarele elemente :

a) o concentrare şi o orientare asupra prezentului imediat ;

b) caracterul competitiv al problemelor şi nevoilor de sănătate cu alte probleme şi necesităţi ;

c) o înţelegere mai fatalistă a raportului dintre boală şi moarte ;

d) un grad foarte redus de educaţie sanitară. Ultimul element pare să fie un factor deosebit de influent.

În privinţa adresabilităţii tîrzii a bolnavilor la medic, numeroase studii au semnalat influenţa exercitată de : utilizarea leacurilor băbeşti sau a automedicaţiei (Suchman), categoria social-economică (Koos), cultura sau subcultura grupului (Sanders), caracterele etnice şi religioase (Zborowski), nivelul de educaţie (Lewis şi Opreato) etc.

Sînt determinanţi şi factori psihologici printre care motivaţiile personale : perceperea diferită a pericolului şi gravităţii bolii, datorită temerii de a nu depinde de alţii, de a îndeplini unele obligaţii sociale obişnuite, în sfîrşit, chiar teama de medic sau de procedurile de tratament.

Odată trecute aceste obstacole, bolnavul se adresează medicului pentru diagnostic şi tratament, care pot să se desfăşoare în diferite instituţii profesionale, în primul rînd în spital.

### 9.5.2. VIAŢA BOLNAVULUI ÎN SPITAL

Experienţa spitalizării adaugă o altă dimensiune rolului de bolnav, în măsura în care drepturile şi obligaţiile acestuia devin legitimate de o autoritate profesională organizată. Se poate considera din acest punct de vedere că însuşi admiterea în spital este echivalentă cu adoptarea unei poziţii organizatorice cu toate consecinţele care decurg de aici : supunerea la normele, valorile şi sarcinile spitalului ca organizaţie, ceea ce necesită adoptarea unui comportament social corespunzător, dependent de condiţiile noului mediu.

---

* Am putea sugera aici aplicarea modelului fluxului de comunicare al lui Laswell : „cine", „ce", „cui", „cu ce mijloace" „cu ce efecte" ? — cu menţiunea de a nu-l utiliza în forma lui clasică, „într-o singură treaptă", ci aşa cum circulă el în prezent : cu două sau mai multe trepte (bolnav → rude, prieteni → medic).



Scanned with OKEN Scanner

9.5.2.1. *Relaţia medic-bolnav.* Atît spitalul, cît şi celelalte instituţii medicale presupun un anumit tip de relaţie socială, fundamentală : cea între medic şi bolnav. Considerînd această relaţie ca fiind socială, avem în vedere atît caracterul ei generic, multiplicat la nivelul unei grupe manifeste de indivizi, cît şi urmările ei *în* şi *pentru* societate. Precizăm acest lucru, deoarece există destui autori care privesc această relaţie într-un context „hipocratic", separat de mediul social mai larg. Cu toate că autori de prestigiu, ca profesorul Field de la Universitatea din Boston, semnalează că interpretarea relaţiei medic-bolnav nu poate fi făcută în afara societăţii, ignorînd rolul şi statutul social al acestora, în multe lucrări, problema continuă să fie studiată singular, desprinsă de contextul ei instituţional (175).

Un punct de referinţă principal, pentru majoritatea lucrărilor care au abordat această relaţie, este reprezentat de concepţia lui Parsons, care priveşte interacţiunea medic-bolnav, ca interacţiunea a doi „actori" cu roluri sociale complementare. Potrivit acestei concepţii, rolul de medic presupune îndeplinirea a cinci condiţii de bază, fiecare caracterizată printr-o anumită valoare de natură profesională :

a) *competenţă tehnică* (medicul trebuie să aplice cunoştinţele profesionale în scopul vindecării complete a bolnavului, care constituie şi criteriul de apreciere a competenţei lui) ;

b) *universalism* (medicul trebuie să stea, în principiu, la dispoziţia tuturor bolnavilor ; raporturile cu aceştia sînt determinate de reguli impersonale şi nu de legături cu caracter personal) ;

c) *specificitate funcţională* (medicul desfăşoară o activitate cu sens universal, dar trebuie să fie specializat într-un domeniu foarte precis delimitat, între cadrele sănătăţii şi bolii ; rolul său este îndeplinit prin specificitate) ;

d) *neutralitate afectivă* (rolul medicului trebuie să fie neutru din punct de vedere emoţional, pentru a putea asigura o deplină obiectivitate în raporturile sale cu bolnavul) ;

e) *orientare către colectivitate* (spre deosebire de alte profesiuni cu mobiluri de profit, etica corpului medical condamnă mercantilismul şi pune accentul pe sensul nobil al devotamentului de colectivitate).

Pe baza exercitării acestor cinci condiţii de bază, comportamentul medicului poate fi definit ca fiind conform sau contrar rolului său.

Reiese evident, forma asimetrică, dar în acelaşi timp tranzitivă a poziţiei fiecăruia dintre ce doi participanţi la relaţia terapeutică.

Medicul este persoana cea mai competentă, cea mai indicată să se ocupe de problemele bolii. Fără confirmarea lui că individul este bolnav, acesta este considerat un simulant şi este expus sancţiunilor grupului. Medicul, căruia i se atribuie valori deosebit de importante pentru societate (ştiinţă, puterea, devotamentul) intervine în situaţiile de „criză" a bolii şi deţine „puterea ambivalentă de a vindeca sau a lăsa bolnavul să moară" (31). Acesta din urmă, în schimb, se află pe o poziţie cu totul diferită şi anume aşteaptă de la medic clarificarea şi legitimarea stării sale, ca şi elaborarea unui răspuns profesional capabil să o uşureze. Tot el se supune dependenţei faţă de medic şi acceptă acţiunile acestuia. Cum arată Steudler, „s-a văzut adesea în medic imaginea tatălui. Relaţia terapeutică reproduce situaţia asimetrică dintre tată şi fiu" (31).



Scanned with OKEN Scanner

Aparent, această relaţie se vădeşte a fi extrem de singulară şi depersonalizată ; pare să nu ţină seama nici de personalitatea bolnavului, nici de latura umană a medicului. În realitate, lucrurile se petrec altfel, deoarece fiecare participant are o individualitate proprie, modelată de o anumită structură socială şi în acelaşi timp relaţia lor se manifestă într-un cadru instituţional.

Privind raportul medic-bolnav ca pe un caz specific de interacţiune socială, Parsons se referea la cadrul funcţional al sistemului medical pentru întreaga societate. Criticînd modelul lui, unii autorii l-au considerat realizat printr-o tautologie : „starea complementară a rolurilor medicului şi bolnavului este inevitabilă ; dacă rolul de bolnav este cel al unui bolnav ideal, comportarea lui va fi desigur complementul eforturilor medicului" (176). În analiza lui Parsons este cuprinsă presupunerea largă că medicul şi bolnavul îşi înţeleg fiecare drepturile şi obligaţiile lor şi adoptă comportamente corespunzătoare. În cazul bolilor cronice, care necesită lungi perioade de tratament, sînt însă mult mai puţine motive să presupunem că medicul şi bolnavul împărtăşesc aceleaşi aşteptări.

Adoptînd un model asemănător, S. Bloom consideră că drepturile şi obligaţiile lor sînt influenţate şi de alţi factori : grupul de rudenie şi cel de prieteni în cazul bolnavului, colegii de profesie şi alte grupuri de referinţă în cazul medicului, iar, în ceea ce-i priveşte pe amîndoi, valorile social-culturale (172).

La rîndul lor, Szász şi Hollender au construit o paradigmă, în care nu este cuprins un singur model terapeutic, ci mai multe asemenea modele, legate de tipuri diferite de boală : a) *activitate-pasivitate :* cînd medicul este activ şi bolnavul pasiv (cazul stărilor de comă, al traumatismelor etc.) ; b) *cooperare dirijată :* cînd medicul ajută pe bolnav ca acesta să se poată trata singur : întîlnirile lor sînt episodice (cazul bolnavilor cronici : diabet, psoriazis etc.).

Aceste modele, bazate pe tipologia lui Kurt Lewin asupra liderului (autoritar, democratic, „laissez-faire") au fost propuse în mod diferenţiat de Freidson, ca aparţinînd diverselor ramuri de activitate medicală ; primul model, în cazul pediatriei şi chirurgiei ; al doilea, în cazul medicinei interne şi medicinei generale ; al treilea, în cazul psihoterapiei, al readaptării funcţionale şi al tratamentului bolilor cronice (31). În toate aceste cazuri, nici cooperarea bolnavului cu medicul, nici tipul de autoritate al ultimului, nu sînt însă exclusiv legate de gradul de gravitate a bolii. Intervin factori sociali şi relaţii organizatorice intermediare, mai ales în cazul în care bolnavul este îngrijit în spital, unde interacţionează multiple alte grupe profesionale.

9.5.2.2. *Cerinţe „terapeutice" şi „organizatorice" ale spitalului.* Odată internat în spital, bolnavul este supus unui nou mod de viaţă şi unor situaţii sociale cu care nu este familiarizat, ceea ce poate declanşa o stare de anxietate cu repercusiuni profunde asupra comportamentului, cu influenţe, într-o anumită măsură şi asupra evoluţiei bolii. Însăşi faza iniţială, a internării în spital, este bogată în tulburări potenţiale, atît din cauza despărţirii lui de rolurile normale pe care le are în familie şi societate, cît şi din cauza depresiunii provocată de aprehensiunea



Scanned with OKEN Scanner

privind procedeele din spital şi de cea cu privire la prognoza vindecării şi la reluarea rolurilor normale (6).

Adesea, internarea unuia dintre membri deranjează echilibrul familiei, necesitînd o reajustare a rolurilor celorlalţi membri. Pe de altă parte, multe dintre sarcinile îngrijirii bolnavului sînt încredinţate societăţii prin organizaţiile ei medicale, ceea ce scutește familia de îndeplinirea anumitor obligaţii faţă de acesta.

Din această aparentă contradicţie se naşte o nouă posibilitate, ca între familie şi organismele de îngrijire să se stabilească relaţii în scopul optimizării relaţiei terapeutice. Cunoaşterea relaţiilor interpersonale în care bolnavul se află înainte de internare, a dimensiunilor psihologice, sociale şi culturale ale bolii, pot constitui aspecte de cea mai mare importanţă atît pentru precizarea diagnosticului, cît şi pentru dirijarea optimă a relaţiei terapeutice în direcţia dorită de medic.

Majoritatea societăţilor primitive puneau un accent deosebit pe relaţiile impersonale, mobilizînd resursele colectivităţii în direcţia participării acesteia la eliminarea suferinţei bolnavului. „Medicina primitivă", considera E. H. Ackerknecht, „juca un rol social şi poseda o unitate pe care medicina modernă a pierdut-o. Desigur, medicina primitivă este în primul rînd magică-religioasă, pe cînd medicina contemporană este fundamental raţională şi ştiinţifică, deşi a conservat unele idei magice şi mitice, care nu trebuie subestimate" (177).

Uneori, componentele psihologice şi sociale ale bolii au o importanţă cu atît mai mare, cu cît medicul, pus deseori în dificultate de evoluţia stării bolnavului, trebuie să facă apel la stilul acestuia de viaţă, la condiţiile profesionale, la cele familiale, la ansamblul vieţii afective etc. Boala nu poate fi privită decît în funcţie de omul luat ca întreg : fiinţă biologică, psihologică şi socială.

Oricum, chiar de la internarea în spital, problema colaborării între medic şi grupurile (mai ales cele primare) în care era integrat bolnavul, prezintă o importanţă deosebită asupra eficacităţii controlului bolii, cu atît mai mult cu cît spitalul, fiind structurat conform modelului oricărei alte organizaţii, supune bolnavii unor mecanisme de control şi unor forme de tratament impersonal (în virtutea metodei ştiinţifice), care ţin mai puţin seama de cerinţele lor personale şi mai mult de necesitatea îndeplinirii scopurilor organizaţiei. Structurarea tuturor activităţilor conform unui plan unic, supunerea bolnavului la acţiunile comportamentului „terapeutic" a personalului şi izolarea bolnavului de restul societăţii, par să fie principalele caractere ale acestei organizaţii, care se realizează prin trei mecanisme specifice (6) :

a) *impunerea unei anumite ţinute vestimentare,* prin înlăturarea oricărui simbol distinct al personalităţii bolnavilor şi a „reprezentării" eului lor anterior, reducînd deosebirile anterioare dintre bolnavi şi organizaţie, rezultate din poziţia socială diferită avută înainte de internare.

Se consideră în general că procedeul „dezbrăcării", justificat pentru spital, atît de utilităţi organizatorice (tratament impersonal), cît şi de cerinţe de securitate (mai ales pentru spitalele psihiatrice unde cravatele, şireturile, centurile prezintă un pericol real), este comun tuturor organizaţiilor bazate pe forme autoritare de conducere. Este cazul frecvent citat al armatei, unde utilizarea uniformei este menită să „masi-



Scanned with OKEN Scanner

fice" caracterele modului de viaţă şi să estompeze orice deosebire între poziţiile sociale din viaţa civilă ;

b) *controlul resurselor şi al autorităţii* se referă atît la prerogativele personalului medical de a manipula şi distribui resursele din mediul spitalicesc (rufărie, diferite articole destinate uzului comun), indiferent de dorinţele personale ale pacienţilor, cît şi la monopolul exclusiv asupra informaţiilor din spital. Bolnavul este lipsit de posibilitatea cunoaşterii evenimentelor generale din spital şi mai ales de accesul la unele informaţii cu caracter medical, care îl privesc personal. Această restricţie este cu atît mai necesară, cu cît desfăşurarea unei boli grave atrage inevitabil după sine reprezentarea morţii de către bolnav. Anxietatea generată de această ameninţare necesită din partea personalului medical atît comprehensiune, cît şi ţinerea sub tăcere a anumitor informaţii în legătură cu prognoza bolii. Uneori medicul face bolnavului o informare deliberat vagă în legătură cu boala acestuia, fie datorită unei incertitudini privind exactitatea diagnosticului, fie pentru a nu-l îngrijora fără motiv sau prea mult asupra stării sale. La rîndul său bolnavul se fereşte adesea să ceară medicului răspunsuri definitive.

Ca urmare, se manifestă „un blocaj" al informării bolnavului, datorită unor atitudini şi aşteptări diferite venind din ambele părţi, lipsa de comunicare putînd fi însă suplinită prin încrederea bolnavului în eficacitatea îngrijirilor ;

c) *restrîngerea mobilităţii* constituie o cerinţă cu scop terapeutic (izolarea bolnavului de influenţe străine factorilor terapeutici), ca şi organizatoric (necesitatea ca bolnavul să fie accesibil personalului medical) (Fig 31).

Restrîngerea mobilităţii permite operarea separării bolnavului de factorii perturbatori ai mediului extern, permiţînd medicului să hotărască asupra utilităţii sau pericolului stabilirii anumitor relaţii sociale cu cei din afară. Dincolo de avantajele pentru medic, acest procedeu generează adesea stări de anxietate pentru individul internat. Supravegherea relaţiilor acestuia şi a cîmpului său de interacţiune atrage după sine conştientizarea unei dependenţe, cu forme nedorite pentru eficienţa actului medical.

Restrîngerea mobilităţii este considerată de R. Barker, ca una dintre componentele de bază ale psihologiei bolnavului, în măsura în care acesta, odată cu suferinţele date de boală, „suferă şi o reducere a cuprinsului lumii lui" (178), caracterizată prin : reducerea mobilităţii, incapacitatea de a juca rolurile normale, reducerea interacţiunii cu ceilalţi şi concentrarea atenţiei bolnavului asupra condiţiei sale corporale.

În consecinţă, afirmă Barker, bolnavul devine apatic şi, pierzînd orice interes pentru orice este în afară de persoana sa şi poate fi caracterizat ca un „egocentric".

9.5.2.3. *Factori de „stress", derivaţi din absenţa „comunicării" bolnavului în organizaţia spitalicească.* Toate cele trei mecanisme de control asupra bolnavului sînt cerinţe de natură terapeutică şi organizatorică, cu scopul de a aduce la un numitor comun comportamentele bolnavilor aflaţi în spital.

Ele contribuie la desfăşurarea organizată a vieţii din spital, la circumscrierea relaţiilor principale ale bolnavului, scopului fundamen-



Scanned with OKEN Scanner

tal al acestei organizații. De multe ori însă, neputînd controla și nici influența cursul evenimentelor în care este integrat, bolnavul suferă un proces de depersonalizare sau cel puțin de modificare a propriei personalități, detașată de atributele sau de cadrele ei obișnuite de manifestare, la care se adaugă intervenția diferiților factori de stress din spital.

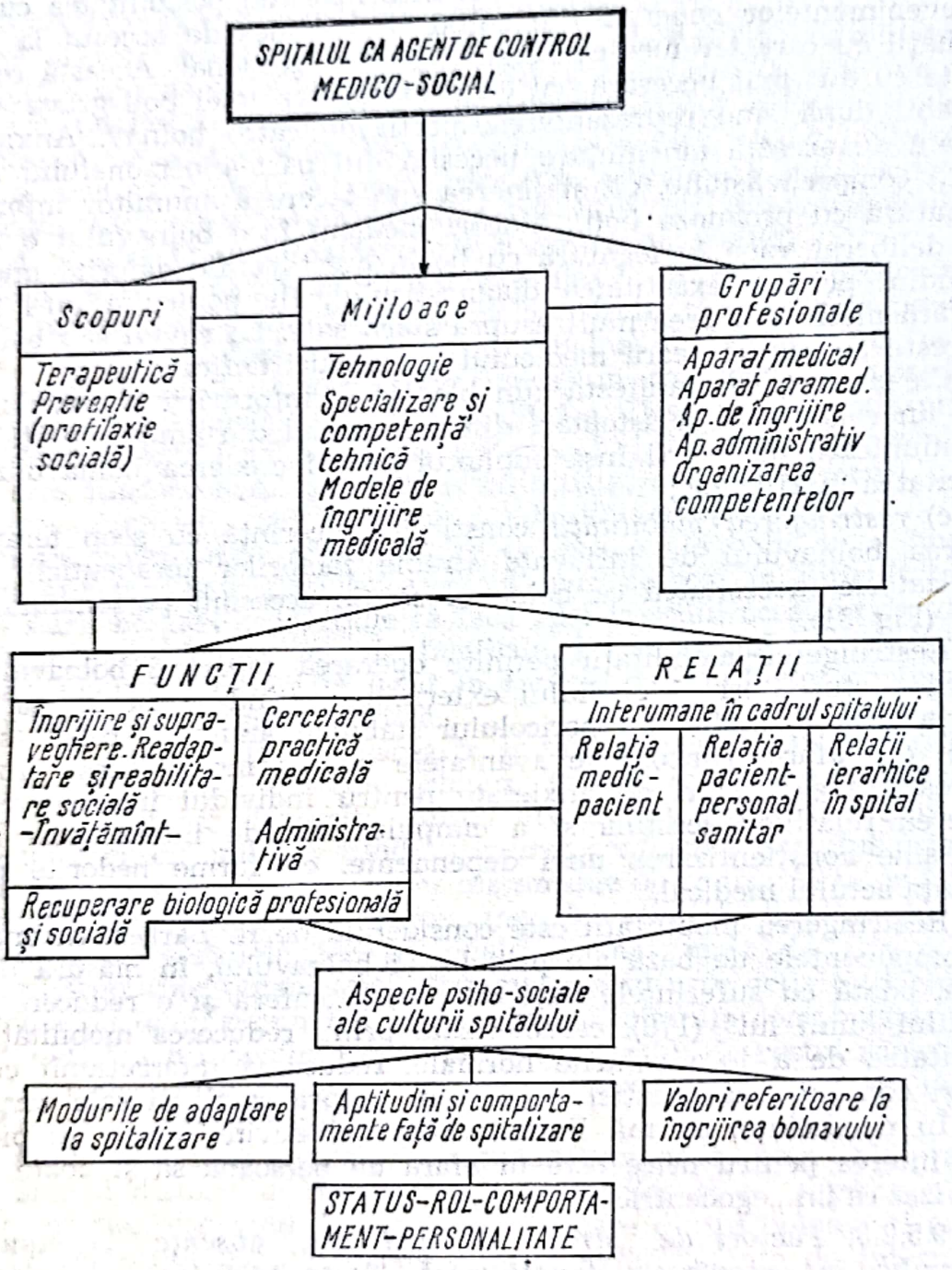



*Fig. 31.* — **Aspecte sociologice ale spitalului.**

Am putea considera acești factori ca fiind determinați, în cea mai mare măsură, de absența unui proces structurat de comunicare cu personalul spitalului, absență derivată din poziția deosebită pe care o ocupă



Scanned with OKEN Scanner

personalul față de bolnav. Formele de interacțiune verbală, cu rol atît de important în viața sa socială, cotidiană, tind să se reducă în spital la relații episodice, fragmentare și de scurtă durată.

În multe din anchetele sociologice desfășurate asupra bolnavilor din spitale, datele au arătat că aceștia nu îndrăznesc să pună de obicei întrebări personalului, mai ales medicului, în legătură cu boala lor. Contribuie la aceasta, de cele mai multe ori, modul impersonal de comportare a personalului, poziția sa autoritară care provine din reprezentarea pe care și-o face bolnavul asupra puterii acestuia de a-i acorda îngrijiri și din întreg modul de organizare a vieții din cadrul spitalului. În orice tip de interacțiune socială intervin forme reciproce de control din partea ambilor participanți. În cazul bolnavului, acesta este lipsit de posibilitățile de control obișnuite asupra interacțiunii cu personalul, fapt care mărește considerabil sentimentul său de dependență.

O condiție obișnuită de control asupra unei forme de interacțiune cu personalul constă în capacitatea de a fi competent să apreciezi cunoștințele și realizările acestuia. Majoritatea bolnavilor se dovedesc însă complet incapabili de a aprecia cunoștințele, îndemînarea și competența personalului.

Iată un motiv puternic pentru accentul pe care-l pun pe „personalitatea" și „autoritatea" acestuia, pe sentimentul de admirație și recunoștință, ca și pentru absența formulării unor criterii verbale, directe, la adresa personalului.

Chiar dacă modul impersonal de comportare a personalului nu corespunde totdeauna cerințelor bolnavului de a se lămuri asupra evoluției bolii, prin forme de relații afective, interacțiuni normale, însuși acest fapt este înțeles adesea de bolnav ca un simbol al competenței profesionale, atribuit acestui personal.

Medicul, asistenta și sora medicală se numără printre persoanele cele mai importante din rețeaua de roluri în care se află integrat bolnavul. Medicul, mai ales, constituie pentru el factorul cel mai influent și cel mai competent, autoritatea supremă care justifică orice sentiment de dependență față de spital.

Majoritatea bolnavilor au multă încredere în medic și consideră că, chiar dacă nu se restabilesc rapid, acesta face tot ce poate pentru ei. De multe ori, și aceasta este o realitate constantă în majoritatea cazurilor, ei supralicitează această încredere în defavoarea oricărui alt membru al corpului profesional de supraveghere medicală. Dorința bolnavului de a realiza o interacțiune afectivă și o comuniune personală este adesea neștiută de medic, care, condiționat atît de formație, cît și de regulile organizației sale profesionale, ignoră asemenea considerente subiective, care par neînsemnate în raport cu cerința de a se ocupa de simptomele bolii. Această obiectivitate justificată de exigențele unei proceduri raționale față de „cazul" în speță al bolnavului, ignoră însă personalitatea acestuia, motivațiile sale psihologice și profundele-i resorturi afective, care pot să aibă o deosebită importanță asupra schimbării cursului bolii. Fr. Steudler, referindu-se la valoarea acestor fapte, nota : „refuzul de a considera motivele profunde de ordin psihologic, care au condus un bolnav să consulte medicul, baricadarea



Scanned with OKEN Scanner

în spatele unei nosologii organiciste, trimiterea bolnavului la un specialist care-l va pasa altuia, care va sfîrși prin a-i găsi o anumită afecțiune, înseamnă de fapt a refuza compania unei investiții mutuale și a închide ochii pentru a te justifica" (31).

Atît prin mijloacele și procedurile tehnice, obișnuite, cît și prin atitudinea sa, medicul poate influența extrem de mult starea bolnavului. Nu admitem în nici un caz un comportament compătimitor, nici exagerări verbale ale comunicării medicului cu bolnavul. Considerăm însă că în numeroase cazuri, dialogul verbal poate fi înlocuit de un dialog non-verbal, care poate avea o influență favorabilă asupra actului terapeutic. Dacă există sau nu cuvinte „terapeutice", dacă este necesară sau nu explorarea analitică a personalității bolnavului, faptul pare mai puțin important.

Dar atunci cînd vedem că destui bolnavi prezintă reacții psihologice puternice la dependența lor față de spital, că există suficiente exemple care demonstrează sentimentul lor de anxietate, mai ales în faza premergătoare unei intervenții chirurgicale sau în alte situații terapeutice și cînd conștientizăm marea însemnătate pe care o prezintă atitudinea de încurajare a medicului față de bolnav, înțelegem cît de largă trebuie să fie semnificația acordată suportului de comunicare al relației terapeutice. Cu atît mai mult, cu cît în orice spital, rolul medicului se schimbă considerabil față de orice cadru obișnuit de practică profesională ; divizarea spitalului în servicii, interpunerea personalului între medic și pacient, în sfîrșit, însăși regulile riguroase ale unei asemenea organizații constituie adesea pentru pacient o experiență dezumanizantă și un factor de stress deosebit de penetrant. „Examenul clinic al bolnavului — spunea E. Proca — rămîne în continuare și va rămîne totdeauna cel mai important mijloc de diagnostic și orientare terapeutică. Bolnavul nu trebuie nici neglijat, nici subestimat, după cum mașina nu trebuie fetișizată, nici absolutizată. Medicina rămîne știință și artă, în care căldura omenească este de neînlocuit" (398).

Sentimentele de nesiguranță, regresiune, represiune, dependență, reprezentările imagistice pronunțate, reacțiile de alarmă și atîtea alte fenomene semnalate de psihanaliști, rezultă poate, nu atît din natura bolii, cît mai ales din reacțiile personale ale bolnavului față de regulile impersonale ale vieții din spital.

De multe ori, cu cît medicul va fi mai autoritar în formele sale de comunicare cu bolnavul, cu atît va crește sentimentul acestuia de dependență și regresiune.

Controlul instituției influențează însuși modul în care bolnavii își formulează pretențiile și își motivează obligațiile pe care le au în spital.

Este de cea mai mare importanță ca ei să simtă că întregul lor comportament corespunde așteptărilor medicului și că o atitudine conformistă poate fi considerată pozitivă de către acesta. De aceea, în multe cazuri, eforturile lor de a se conforma obligațiilor sînt însoțite și de speranța corespunzătoare că și ceilalți membri ai personalului le vor îndeplini pe ale lor.

Deoarece medicul nu este totdeauna prezent în salon, ca să poată observa sau interveni, acest rol este preluat de soră, care devine astfel reprezentanta și interpreta medicului. Ea reprezintă regulile spitalului



Scanned with OKEN Scanner

și este adesea considerată de bolnav ca executor al propriilor sale nevoi și interese. Aceste impresii „oglindesc deosebit de bine organizația spitalului și poziția ambiguă a surorii la răspîntia structurilor de îngrijire și tratament" (179). Prezența acesteia constituie unul din motivele puternice ale unor situații conflictuale des întîlnite în spitale, între personalul medical de supraveghere și bolnavi, mai ales cînd, din punctul de vedere al acestora, vreunul dintre amănuntele de îngrijire deviază într-o oarecare măsură de la prescripțiile medicului sau de la propriile lui reprezentări despre acestea. Este și unul dintre motivele frecventelor formulări despre pacientul ideal „bun" sau „rău" sau despre „sora incompetentă", sora „lipsită de inimă" etc.

Chiar dacă nu sînt exprimate într-o formă verbală de comunicare, se exprimă indirect sub forma unei critici sau nemulțumiri, devenind surse potențiale de conflict. Unii pacienți preferă însă să nu „rişte" să pară prea exigenți sau revendicativi, motive pentru care îndeplinesc singuri anumite „mici sarcini" care ar trebui să revină surorii, care la rîndul ei poate aprecia acest fapt ca o abatere.

Se vede deci că rolul de bolnav poate să apară de multe ori contradictoriu în raport cu nenumăratele aspecte din viața spitalului. S-a vorbit pînă acum mai puțin de „conflictul de roluri" la care este supus bolnavul în spital, datorat nu atît bolii, cît mai ales întregului context organizatoric în care se află. „A fi acceptat" într-o asemenea organizație, cu toate drepturile și obligațiile care decurg dintr-o asemenea adeziune, are pentru bolnavul internat mai mult decît o importanță trecătoare. Unele atitudini care rezultă de aici (încercările de a colabora cu personalul, căutarea persistentă a aprobării de către medic a acțiunilor sale etc.) nu mai pot fi interpretate ca simple consecințe ale rolului de bolnav, ci oglindesc și propriile-i aprecieri asupra suprimării independenței sale și a dreptului său de a lua hotărîri.

Frecvent bolnavul caută cele mai potrivite criterii pentru definirea rolului său față de o mulțime de relații și situații din spital. H. O. Mauksch sugerează chiar o diferențiere între situația „funcțională" a rolului de bolnav (fapt care-i atribuie unele compensații și drepturi, în pofida obligațiilor pe care le are) și situația „poziționlă" derivată din „drepturile", dar mai ales din „obligațiile" pe care le are în cadrul spitalului, ca organizație.

Spitalul preia astfel un rol de control atît asupra formelor specializate de îngrijire medicală a bolnavului, cît și asupra formelor acestuia de comportament și de stabilire a relațiilor sociale.

9.5.2.4. *Moduri de adaptare la spitalizare.* În raport cu factorii menționați, care contribuie la accentuarea sentimentului de dependență și de „depersonificare" a bolnavului în cursul spitalizării, poate interveni un complex de alți factori de natură psiho-sociologică, a căror influență frenatoare asupra primilor pot contrabalansa într-o oarecare măsură efectele perturbatoare ale acestora.

Unii dintre ei sînt implicați chiar în formele generale de organizare a vieții în comun, alții influențează disponibilitățile bolnavului de a-și crea posibilități de adaptare, pentru a deveni un autentic participant — în sensul propriu al termenului — la organizația spitalicească.



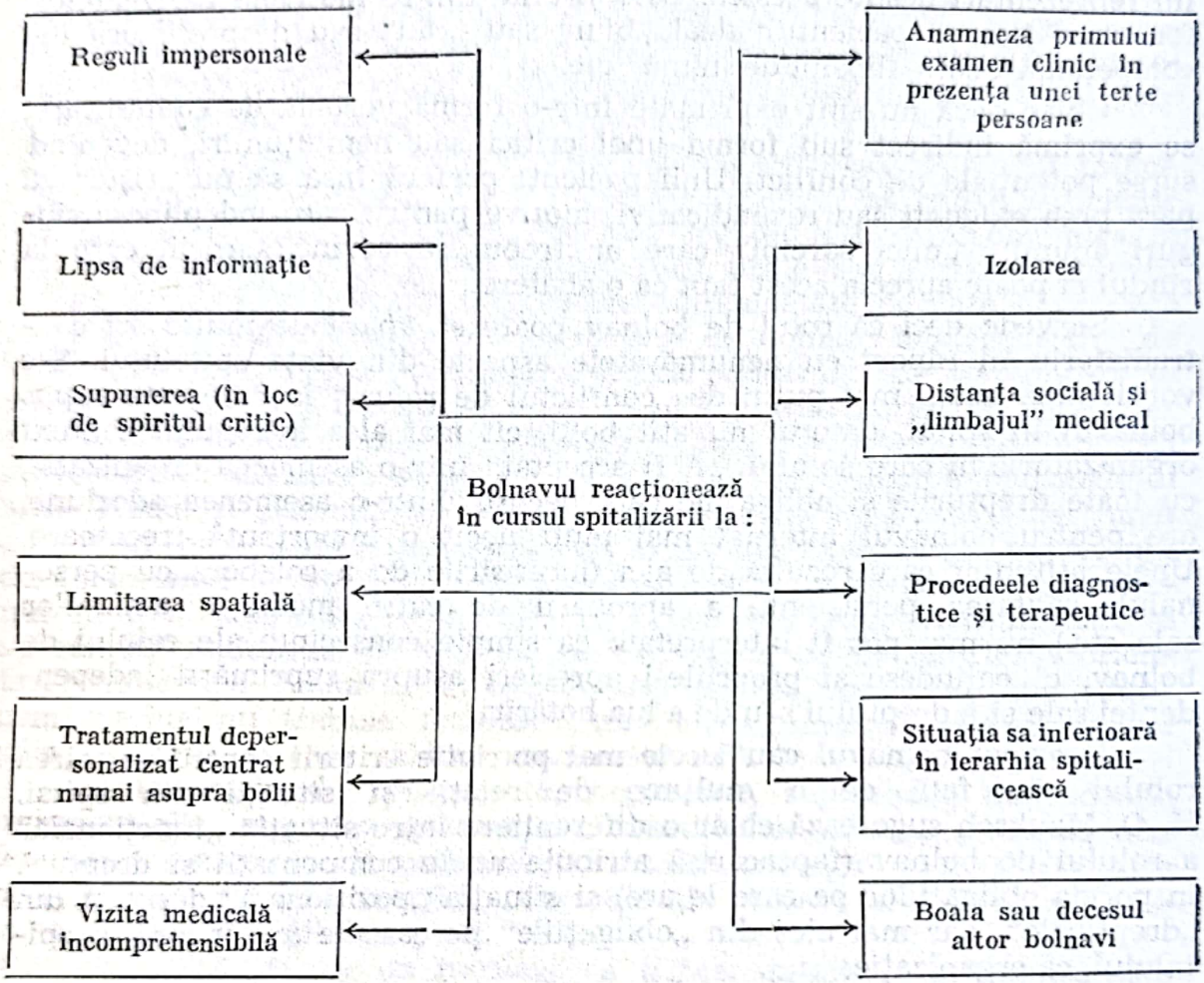
Scanned with OKEN Scanner

Numeroase studii şi cercetări au arătat că se poate stabili o anumită relaţie între structurile organizatorice ale spitalului şi mecanismele generale de adaptare a bolnavului.

S-a demonstrat astfel că, cu cît condiţiile de viaţă din spital se depărtează de cele ale modelului instituţiei „totale" şi se apropie de modul obişnuit de trai al bolnavului, cu atît vor spori şi capacităţile efec-

*Tabelul XI*

**Factorii de „stress" la care este supus bolnavul spitalizat**




*(Sursă: K. Engelhardt)*

tive de adaptare ale acestuia (R. M. Coe). În schimb, pentru cazul spitalului psihiatric, care prezintă cel mai adesea caracterele unei instituţii „totale", se consideră că modul mult mai rigid de organizare a vieţii în comun şi de planificare a activităţilor cotidiene, reprezintă o „ameninţare mai serioasă pentru integritatea psihologică (şi poate chiar fizică a bolnavului)" (E. Goffman).

Date fiind condiţiile mult mai „maleabile" din spitalul cu profil general şi în măsura în care sentimentul de dependenţă apare aici dorit de bolnav (cel puţin în faza iniţială a spitalizării), autorii care au studiat această problemă, cred că în acest tip de spital aspectele inadaptării se manifestă mai ales în faza convalescenţei celui internat.



Scanned with OKEN Scanner

Oricum, în sprijinul combaterii efectelor negative ale „dependenței" și „inadaptării" față de viața din spital, pot interveni factori cu efect limitativ, printre care personalitatea, experiențele mai vechi, disponibilitățile de integrare într-un nou mediu, capacitatea bolnavului de a-și crea diferite forme de adaptare, sînt cel mai des întîlniți. O influență deosebită în acest domeniu o prezintă mecanismul creării unor „subculturi spitalicești", realizat prin tendințele majorității bolnavilor de a se constitui în diverse grupuri, pe baza unor caracteristici și afinități comune, percepute ca urmare a conștientizării pozițiilor sociale, anterioare spitalizării.

În multe spitale, acest mecanism înlesnește posibilitatea unei adaptări mai ușoare a bolnavului la viața comună, favorizînd schimbul de informații și procesul de comunicare interpersonală în cadrul grupurilor.

Reprezentarea atmosferei psiho-sociale din spital, așa cum este ea percepută de bolnav, depinde în mare măsură de posibilitatea acestuia de a intra în relații primare cu ceilalți pacienți, de a „recîștiga" astfel cîteva dintre atributele rolului său social, cotidian și, implicit, „prestigiul" cu care era investit în perioada anterioară spitalizării. Dimensiunea și compoziția grupurilor influențează în cea mai mare parte această „luare de contact" între bolnavi, facilitînd apropierile dintre ei și înlesnind procesul lor de adaptare în spital. Desigur, reacțiile de adaptare a persoanelor supuse acelorași condiții de spitalizare sînt foarte diferite și depind de componentele psihologice și culturale ale personalității, sau de alți factori care influențează comportamentele bolnavului față de boală sau spitalizare.

Studii efectuate de diferiți autori, cu privire la formele de : „socializare", „aculturație", „integrare", „ajustare", „acomodare", la cerințele „culturii" spitalicești, au indicat însă că există un model comun pentru procesul de adaptare al bolnavilor spitalizați, care sintetizează mai multe faze sau etape.

Elaborat inițial prin analogie cu condițiile de „translație" de la un mediu cultural la altul (cazul migranților „aculturați" sau „neoculturați", studiat de antropologia culturală *), acest model este bazat pe o concepție antropologizantă, care identifică atmosfera psiho-socială a spitalului cu o cultură aparte, în sînul căreia sînt reunite mai multe subculturi, în mozaic. Bolnavii asimilați acestor „subculturi" sînt supuși unui proces de „aculturalizare" care cuprinde două laturi principale : a) „pierderea" identității lor culturale, inițiale, cu grupul social de apartenență în cadrul căruia erau integrați înainte de spitalizare ; b) „identificarea" cu noul mediu cultural din spital, respectiv cu normele și valorile culturale ale acestuia.

Formele prin care se desfășoară acest proces sînt extrem de diferite și, așa cum apar descrise de literatura de specialitate, cuprind mai multe etape : „asimilare", „adaptare", „participare", „integrare cultu-

* De remarcat că, în prezent, majoritatea studiilor sociologice despre spital, în S.U.A., sînt bazate pe teoriile antropologiei culturale, în măsura în care includerea bolnavului în spital este asimilată unui proces de integrare culturală și normativă, de-a lungul căreia bolnavul este lipsit de sistemul de referință al culturii sale originale (aculturație) și este nevoit să accepte normele și valorile mediului de „adopție" (neoculturație).



Scanned with OKEN Scanner

rală", „integrare normativă" etc. Ele variază mai ales în funcție de raportul dintre tipul de personalitate (caracteristici de vîrstă, sex, alți factori socio-culturali și psihologici) și tipul instituției medicale.

Se pot descrie, desigur, multe asemenea moduri prin care bolnavii se pot adapta la rolul impus de specificul bolii și al spitalului, dar se consideră, în mod general, patru forme posibile de adaptare la spitalizare (6, 43, 60) : retragerea, agresiunea, integrarea propriu-zisă și consimțirea.

a) *Retragerea* este considerată ca o reacție pasivă și reflexă (sens psihologic) a unor bolnavi, care consideră viața din spital ca o situație „punitivă", „coercitivă" și care-i determină fie să se izoleze de comunitate, fie să se retragă într-o „pseudocomunitate", corespunzătoare unui model de evenimente reale și imaginare (cazul bolnavilor din spitalele de boli mintale). „Dacă cineva se simte intrat într-un mediu ostil, unde nu este mulțumit, își poate crea în locul acestuia, o lume, în care situația să fie mai bună. O asemenea formă imaginativă poate deveni singura garanție de securitate, în măsura în care păstrarea ei devine prin ea însăși o valoare" (6).

Acest mod de acomodare sau adaptare la viața de spital nu se întîlnește frecvent, decît la bolnavii care necesită o internare pe termen lung și care au o prognoză incertă de recuperare.

b) *Agresiunea,* caracterizată de obicei prin rezistență deschisă la regulile și prescripțiile impuse de spitalizare, se manifestă „exploziv", de la nesupunerea bolnavului la indicațiile medicului pînă la atacul fizic îndreptat contra personalului medical. Aceasta atrage izolarea bolnavilor cu asemenea manifestări sau utilizarea unor procedee diferite (de exemplu : folosirea terapiei „electroșocului" în spitalele de boli mentale).

În spitalele cu profil general, această formă de adaptare se manifestă mult mai atenuat, concretizată în modalități verbale, ca reclamații, plîngeri, amenințări, în maniere de rezistență față de eforturile terapeutice ale personalului, sau chiar în părăsirea spitalului înainte de vreme. Ca orice instituție, spitalul posedă însă mecanisme cu ajutorul cărora poate să mențină conformarea membrilor grupului la comportamente considerate ca acceptabile.

c) *Integrarea propriu-zisă* este o formă de acomodare a bolnavilor între ei și la condițiile mediului spitalicesc, care le permite să se conformeze regulilor instituției și să participe la desfășurarea vieții comune, prin îndeplinirea condițiilor impuse de rolul de bolnav spitalizat. Vizibil mai ales pentru bolnavii internați pe termen lung și cu prognoze nefavorabile de vindecare, acest tip de adaptare constă în conștientizarea unei situații medicale comune (aceleași șanse în fața vindecării sau a bolii), care dă posibilitatea împărtășirii unor norme și valori comune ale vieții de grup.

„Se spune că medicul — sublinia prof. E. Proca — vindecă rar, ameliorează foarte mult și consolează totdeauna. Am dori ca ultima parte să devină o largă acțiune de educație medicală a maselor, cărora va trebui să le creștem responsabilitatea pentru propria lor sănătate" (398).

d) *Consimțirea* se constituie ca o formă de adaptare la spitalizare, posibilă prin identificarea bolnavilor cu scopurile instituției, cu indica-



Scanned with OKEN Scanner

ţiile şi prescripţiile medicilor şi personalului medical şi prin conformarea pasivă la proceduri, uneori dificile şi la obiective pe care nu le înţeleg pe deplin, dar le consideră utile, mai ales cînd ştiu că sînt internaţi pe termen scurt.

Supunerea la dependenţa faţă de spital are în acest caz un caracter pozitiv, permiţînd pacientului să reintre mai repede în situaţia anterioară.

În cazurile în care internarea se face pe termen lung, aceasta poate să aibă şi un efect negativ, în sensul că bolnavul se va simţi dependent de spital, într-un asemenea grad, încît nu mai are decît foarte vag siguranţa readaptării la lumea din afară. Aşa cum arăta R. M. Coe, acest mod de manifestare, numit în mod general „instituţionalism" (dependenţă faţă de instituţie), este concretizat în „pierderea capacităţii de a lua hotărîri, înlocuirea valorilor culturale proprii cu cele ale instituţiei, ca şi în dezvoltarea unor modalităţi noi de reacţie la stimulii mediului, ce duc la forme de „apatism" faţă de schimbările din lumea externă" (6).

*

Toate aceste forme de adaptare („acomodare", „ajustare", „integrare", „participare" etc.) la spitalizare se manifestă diferenţiat, în funcţie de multiplele variabile personale şi de mediu, ca şi de condiţiile de desfăşurare şi de durată ale bolii. Indiferent însă de modul în care bolnavul îşi creează disponibilităţi pentru a se adapta la condiţiile bolii, ca şi la cele impuse de spitalizare, trebuie avute în vedere atît posibilităţile de apariţie a unor tulburări şi conflicte, determinate de „integrarea" într-un mediu, cît şi de necesitatea prevenirii şi combaterii, încă de la apariţia lor. Cum arătau V. Săhleanu şi A. Athanasiu, „spitalizarea este în orice caz un stress şi trebuie să facem tot ce poate fi făcut pentru atenuarea şocului" (165).

Desigur, nu este uşor de specificat în ce mod trebuie acţionat pentru grăbirea procesului de adaptare şi coroborarea măsurilor strict medicale cu cele de natură organizatorică. Aplicarea lor va depinde de pertinenţa deciziilor în situaţiile în care „stress-ul" joacă un rol important în viaţa bolnavului spitalizat şi în care o adaptare reuşită procură condiţiile aplicării cu succes a acţiunilor medicale. Cu atît mai mult, cu cît spitalul capătă în prezent din ce în ce mai mult caracteristicile unei instituţii de control medico-social, care-şi propune atît scopuri terapeutice, cît şi scopuri orientate către reintegrarea socială a bolnavului.

Cercetarea mecanismelor psihoterapeutice, a măsurilor medicale şi a celor sociale, poate constitui astfel, în mare măsură, un prilej de discernămînt şi aprofundare a evoluţiei semnificaţiilor medic-bolnav în condiţiile spitalului contemporan, contribuind la fundamentarea unor măsuri îndreptate prioritar către uşurarea procesului de adaptare a bolnavului la condiţiile spitalizării.

În acest proces, rolul măsurilor bazate pe evaluarea influenţei factorilor psihologici, sociali şi culturali poate fi la fel de important ca al oricăror altor decizii cu conţinut medical. Desigur, bolnavii trebuie trataţi, dar medicina trebuie să acţioneze, în primul rînd, pentru a preveni îmbolnăvirea şi trebuie să acordăm atenţia centrală acestei activităţi,



Scanned with OKEN Scanner

inclusiv în domeniul învăţământului şi cercetării. Independent de caracterul, de specificul diferitelor activităţi, domeniul medical trebuie pînă la urmă orientat într-o direcţie unică, a îmbunătăţirii asistenţei sanitare, a grijii pentru sănătatea poporului, cu tot ceea ce comportă aceasta. Se vor avea în vedere natalitatea, sporul populaţiei, îngrijirea omului pentru a-şi putea îndeplini atribuţiile în procesul activităţii sociale, în producţia materială, în viaţa intelectuală, în toate sectoarele de muncă. Nu vor fi judecate rezultatele activităţii medicale în funcţie de numărul consultaţiilor, de numărul vaccinărilor, de consumul de medicamente, ci în funcţie de gradul de sănătate al populaţiei, de reducerea timpului pierdut de societate prin neprezentarea la lucru a unor cetăţeni, datorită deteriorării stării lor de sănătate.

Scanned with OKEN Scanner

# 10.
# METODOLOGIA CERCETĂRII ÎN DOMENIUL MEDICINEI COLECTIVITĂȚILOR UMANE

„Să cercetăm cele ce s-au petrecut, să cunoaștem cele prezente, să prevenim cele ce se vor mai întîmpla"

**HIPOCRAT**

## 10.1. IMPORTANȚA METODOLOGIEI DE INVESTIGAȚIE A GRUPURILOR ȘI COLECTIVITĂȚILOR UMANE

Considerînd că adevărul nu include numai rezultatul, ci şi calea care duce spre el, Marx avea în vedere necesitatea constituirii, pentru fiecare ştiinţă, a unui ansamblu de metode şi tehnici de cercetare, cu ajutorul cărora să se poată studia obiectiv realitatea socială. Această necesitate este în prezent deosebit de actuală, întrucît marea diversitate a concepţiilor şi metodelor teoretice specifice cunoașterii sociologice, confruntate cu unul şi acelaşi obiectiv de studiu (socialul în sens larg) solicită o unificare a căilor metodologice pentru a scoate în evidenţă faptele cercetate.

Aşa cum au subliniat de multe ori cei care s-au ocupat de această problemă, cercetătorii preocupaţi de investigarea structurii colectivităţilor umane trebuie să se supună următoarelor elemente epistemologice : obiectivitate, scepticism, clasificarea în categorii a materialului studiat, abstractizare, analiză şi sinteză, probabilitate, relativism, context şi paradox, valabile, de fapt, pentru orice cercetare ştiinţifică. Aceste elemente oferă consistenţă domeniului metodologic, ca parte integrantă a realizării scopurilor aplicative ale unei ştiinţe, ducînd la un numitor comun preocupările îndreptate către optimizarea realităţii sociale.

În domeniul medicinei colectivităţilor umane, dată fiind importanţa dobîndită de aspectele complexe şi interdisciplinare ale unui asemenea obiect de studiu, problema metodologiei de cercetare constituie o parte semnificativă a eforturilor de cunoaştere, analiză şi interpretare a unei realităţi în continuă dezvoltare şi transformare. Epoca actuală, ca epocă a marilor înfăptuiri revoluţionare ce au ca subiect şi obiect masele populare, marile colectivităţi, presupune, cu necesitate, adaptarea problemelor de



Scanned with OKEN Scanner

metodă la o formă cantitativă, capabilă să sugereze amploarea procesului istoric în care sînt integrate grupele sociale și colectivitățile umane. În epocile de mare înflorire a gîndirii științifice — scria F. Barbano — aspectele metodologice dobîndesc o mare importanță. „...Și în secolul nostru, marile descoperiri științifice au fost însoțite de o energică activitate de cercetare asupra metodelor în științele fizice și matematice... Toate acestea ne pot întări părerea că și științele sociale au intrat astăzi într-o perioadă de mare înflorire, discuțiile despre metodă fiind foarte susținute" (401). Considerînd că problema fundamentală cu care se confruntă astăzi metodologia de cercetare a colectivităților umane o constituie studiul lor comparativ, numeroși autori menționează printre alte dimensiuni ale analizei metodologice : contribuțiile teoriei la cercetare și adaptarea cercetării la teorie, elementele empirice în munca teoretică și influența teoriei asupra activității de cercetare ; importanța schemelor metodologice (a așanumitelor modele sau construcții cu rol generalizator).

Toate acestea urmăresc să facă din activitatea științifică o activitate pozitivă, corelînd ansamblul informațiilor și datelor cu aspectele conceptual-teoretice. Adevăratul savant — sublinia Claude Bernard — este cel care stăpînește deopotrivă, teoria și practica experimentală. Astfel : *1.* el constată un fapt oarecare ; *2.* în legătură cu acest fapt, în mintea sa se naște o idee ; *3.* pe baza acestei idei, raționează, elaborează o experiență, imaginează și realizează condițiile ei experimentale ; *4.* din această experiență rezultă noi fenomene care trebuie observate ș.a.m.d. „Spiritul savantului se găsește totdeauna, într-un fel sau altul, între două observații : una care servește drept punct de plecare al raționamentului, celălalt care-i servește drept concluzie" (402).

Mediind între aceste două tipuri de „observații", între teorie și practică, metodologia poate furniza idei pentru cercetarea obiectivă a fenomenelor, punînd în dependență, totodată, scopurile cu rezultatele investigației.

Dacă pentru orice știință teoria și cercetarea fenomenelor constituie două aspecte principale, aplicate la studiul colectivităților umane, acestea oferă cunoașterea resorturilor structurale și funcționale, metodologia jucînd un rol important. Propunîndu-și ca obiect principal de studiu cercetarea interdependenței logice dintre diferite structuri medico-sociale, dintre condițiile mediului social și diversele forme de organizare și instituționalizare a practicii medicale, investigațiile concrete și generalizările teoretice din domeniul medicinei colectivităților umane joacă un rol din ce în ce mai important în restructurarea progresivă a raporturilor sociale și medicale, oferind soluții valabile pentru a o putea controla, organiza și dirija, imprimîndu-i cursul dorit de societate. Dar pentru ca orice cercetare care-și propune ca obiect de studiu analiza și interpretarea vieții specifice colectivităților umane să fie într-adevăr științifică și cît mai eficientă, prima și cea mai importantă condiție a validității ei este situarea pe o bază metodologică temeinic fundamentată, ceea ce înseamnă că în toate etapele efectuării ei, punctul de plecare trebuie să-l constituie o concepție teoretică cu caracter pe deplin științific, la care se poate ajunge numai pe baza unor concluzii practice, obținute cu ajutorul unor instrumente corespunzătoare.



Scanned with OKEN Scanner

Din acest punct de vedere, una din problemele cele mai controversate pentru metodologia specifică medicinei colectivităţilor umane o constituie posibilitatea transformării informaţiilor obţinute despre indivizi în date cuantificabile cu caracter colectiv. Deoarece colectivitatea umană nu constituie o simplă agregare a indivizilor care o compun, problema menţionată întîmpină dificultăţi, datorită prezenţei, în analiza metodologică a aşa-numitelor „propoziţii generalizatoare" care au următoarele caracteristici : *a.* trebuie explicat comportamentul social nu al unui singur individ, ci al unei totalităţi de indivizi, care nu pot fi însumaţi mecanic ; în consecinţă, „propoziţiile generalizatoare" trebuie să afirme ceva despre mai multe elemente şi nu despre unul singur ; *b.* în funcţie de scopurile investigaţiei (cercetarea trăsăturilor colectivităţii), toate elementele obţinute trebuie comparate, folosind pentru descrierea fiecărui element aceleaşi proprietăţi ; *c.* fiecărui element trebuie să i se atribuie o valoare anumită (de pildă, sănătos, bolnav etc.), calitativă sau cantitativă ; *d.* în final, fiecare „propoziţie generalizatoare" trebuie să afirme relaţii între elementele şi proprietăţile lor (403). Această cercetare, proprie încercărilor de efectuare a unei tipologii a proprietăţilor colective, a catalizat eforturile metodologilor preocupaţi de studiul colectivităţilor umane şi de depăşirea dihotomiei tradiţionale individ-grup. Lazarfeld şi Menzel folosesc următorul procedeu operaţional, luînd ca bază diferite proprietăţi ale colectivităţii :

### 10.1.1. PROPRIETĂŢI ANALITICE

Adică proprietăţile obţinute prin efectuarea unor calcule şi operaţii matematice asupra unor proprietăţi ale fiecărui membru în parte (pornind de la exigenţele aşa-numitei „inducţii enumerative").

### 10.1.2. PROPRIETĂŢI STRUCTURALE

Adică proprietăţi ale colectivelor obţinute din elaborarea unor operaţii matematice asupra informaţiilor despre raporturile fiecărui membru al colectivităţii cu o parte sau cu toţi ceilalţi membri.

### 10.1.3. PROPRIETĂŢI GLOBALE

Adică proprietăţi *sui-generis*, apărute din sinteza proprietăţilor membrilor componenţi ai colectivităţii.

În ceea ce priveşte procedeul opus, luînd ca bază proprietăţile întregii colectivităţi, autorii menţionaţi enumeră :

— *Proprietăţile absolute* şi anume caracteristicile membrilor, obţinute fără a folosi nici o informaţie despre caracteristicile colectivului.

— *Proprietăţile relaţionale*, obţinute pe baza datelor asupra relaţiilor unui membru cu ceilalţi membri.

— *Proprietăţile comparative*, caracterizînd un membru prin compararea valorii obţinute de el pentru o anumită proprietate (absolută sau relaţională) şi distribuţia acestei proprietăţi în întreaga colectivitate de care aparţine.



Scanned with OKEN Scanner

— *Proprietăţile contextuale,* care descriu fiecare membru printr-o proprietate anumită a colectivului de apartenenţă (404).

Desigur, asemenea probleme metodologice apar adesea în cercetarea colectivităţilor umane. Necesitatea edificării unui sistem metodologic unitar, care să ia în considerare principiul „propoziţiilor generalizatoare" şi al proprietăţilor colective este strîns legată de complexul de metode şi tehnici ale sociologiei medicinei şi de sarcinile care stau astăzi în faţa acestei discipline, confruntată cu probleme fundamentale şi caracteristici comune cu cele care privesc nemijlocit medicina colectivităţilor umane. Pe de altă parte, rezolvarea problemelor sociale specifice practicii medicale impune elaborarea şi dezvoltarea unor noi metode şi tehnici de investigaţie, capabile să asigure o cunoaştere autentică, nedeformată a faptelor socio-medicale, interpretarea şi explicaţia lor avînd loc în cadrul diferitelor contexte şi structuri ale societăţii globale. Desigur, însuşirea şi perfecţionarea vechilor metode şi construirea altora noi întîmpină încă dificultăţi, generate în primul rînd de faptul că unele noţiuni sînt încă insuficient clarificate şi de faptul că există — atît în teoria, cît şi în practica metodologiei colectivităţilor umane — multiple probleme nerezolvate.

Cu toate aceste dificultăţi, există astăzi posibilităţi favorabile perfecţionării şi dezvoltării ansamblului de metode şi tehnici existente şi adaptării lor specifice la contextul socio-medical. În consecinţă, este necesară atît o evaluare a gradului de validitate şi rigurozitate a metodelor specifice cunoaşterii sociologice, cît şi o aplicare mai precisă a metodologiei la obiectul de cercetare, în aşa fel, încît să se poată realiza o unitate organică între funcţia descriptivă, funcţia explicativă şi cea practică a medicinei colectivităţilor umane.

Strîns legată de metodologia sociologică, de ansamblul de metode şi tehnici ale sociologiei medicinei, metodologia medicinei colectivităţilor umane ia ca bază metodele teoretice folosite în mai multe discipline, care-şi propun să cerceteze raporturile existente între mediul social-medical şi factorii de grup, îmbogăţindu-se permanent pe baza noilor cuceriri metodologice. De aceea, o dezbatere complexă asupra procedeelor de cercetare care-şi propune drept scop surprinderea caracteristicilor colective ale grupurilor umane, nu poate face abstracţie de inovaţiile metodologice ale sociologiei, psihologiei, antropologiei sociale, statisticii, demografiei şi ale altor discipline înrudite, privite în întreaga lor complexitate şi din punct de vedere al dependenţelor lor interdisciplinare.

## 10.2. INTERDISCIPLINARITATEA ÎN DOMENIUL MEDICO-SOCIAL

Cercetarea problemelor sociale ale sănătăţii şi bolii în toată complexitatea lor este rezultanta evoluţiei concepţiilor, metodelor şi tehnicilor de lucru din sociologie şi medicină, ca şi a profundelor transformări sociale, care au scos din ce în ce mai mult în evidenţă rolul factorilor sociali alături de cei psiho-fizici în producerea bolilor, dar şi în realizarea unui complex de măsuri şi acţiuni elaborate în scopul combaterii şi prevenirii acestora. Concepţia actuală despre sănătate, considerată ca „o condiţie de bunăstare fizică, psihică şi socială şi nu numai ca absenţa



Scanned with OKEN Scanner

bolii sau infirmității", obligă la utilizarea unor acțiuni conjugate medico-sociale, capabile să ridice permanent nivelul de sănătate al populației, prin finalitatea lor practică, dedicată scopurilor profilactice, curative și recuperative ale medicinei contemporane. Pentru realizarea acestor acțiuni și izvorîte din necesitatea cunoașterii relațiilor dintre sănătate și boală, a condiționărilor sociale ale factorilor favorizanți sau agravanți în restabilirea biologică și în reintegrarea socială a bolnavilor, cercetările de sociologie a medicinei au un rol deosebit de important. În măsura în care creșterea eficienței acțiunilor medico-sociale se bazează din ce în ce mai mult pe creșterea problemelor legate de adaptarea organismului uman la condițiile noi de muncă și de viață și a aspectelor sociale determinate de transformările actuale ale practicii medicale, investigațiile sociologice contribuie activ la fundamentarea științifică a deciziilor în acest domeniu.

În ultimul timp, importanța factorilor sociali ai problemelor medico-sanitare devine mai evidentă, ceea ce face ca abordarea strict biologică a problemelor sănătății și bolii să nu fie suficientă. Atît practica medicală curentă, cît și cercetarea medicală capătă din ce în ce mai mult un caracter de cercetare sociologică, impunînd analiza interrelațională a factorilor biologici și sociali, care se condiționează reciproc în asigurarea stării de sănătate, în apariția bolilor și tratamentului acestora, în formele medicale de recuperare și integrare socială. Învingerea bolii merge astăzi mînă în mînă cu schimbările indicelui economic, cu creșterea nivelului de trai material și spiritual, cu eficacitatea organizării și planificării riguroase a îngrijirii medicale. Valoarea economică și socială a stării de sănătate, decelarea cauzelor și consecințele bolii în colectivitate, recuperarea stării de invaliditate și morbiditate, impun acțiuni conjugate de terapie socio-medicală și transformarea instituțiilor medicale în instituții cu multiple responsabilități sociale. Aceasta a extins preocupările medicinei de la problemele individuale ale bolnavului la cele colective, legate de muncă, școlarizare, formare și adaptare profesională, de la o concepție biologizantă, tradițională, la una complexă, bazată pe participarea mai multor discipline științifice.

În întreg acest context, științele medicale, metodologiile și domeniile lor de activitate, sînt supuse permanent modificărilor și schimbărilor penetrante ale practicii sociale, care atrag după ele o nouă concepție în modul de abordare a actului medical.

Colaborarea cadrelor cu profil clinic de activitate, cu specialiști din diferite științe sociale (sociologi, psihologi, economiști, antropologi etc.), elaborarea în comun a unor decizii terapeutice și preventive, transferul reciproc de informații, concepte și metode, generează în domeniul medicinei o orientare accentuată către cercetarea interdisciplinară, integrată, a aspectelor sociale ale sănătății și bolii.

Dacă medicina contemporană se orientează în prezent din ce în ce mai mult spre tehnicitate și rigoare științifică, valorificarea socială a actului de ocrotire preventivă și curativă a sănătății și latura umană a acesteia, sînt elemente absolut indispensabile actului medical și în acest context trebuie privită cercetarea interdisciplinară cu profil medico-social.



Scanned with OKEN Scanner

Ştiinţele medicale, ştiinţele sociale aplicate, sociologia cu ramurile ei multiple, sînt tot atîtea ştiinţe în cadrul cărora problemele complexe ale sănătăţii şi bolii nu pot fi tratate unilateral ; aceasta ar limita posibilităţile cuprinderii integrale a fenomenelor, iar rezultatele ar fi numai parţial eficiente în raport cu cerinţele de optimizare a actului medical.

Fiecare dintre aceste ştiinţe a acumulat un vast material de cercetare, şi-a construit metodologii proprii de abordare şi şi-a constituit o largă arie de acţiune. Unitatea punctelor lor de vedere, conceperea integrată a domeniului lor de studiu trebuie privită printr-o perspectivă sociologică, capabilă să realizeze plenar consensul acţiunilor lor, pe baza colaborării şi cooperării interdisciplinare. Medicina, ca serviciu util pentru societate, pune probleme care depăşesc aria ei tradiţională de abordare, înscriindu-se între reperele altor discipline, dintre care sociologia apare ca fiind cea mai însemnată. Ştiinţele biologice, medicale şi sociale sînt în permanentă studiere a factorilor de mediu, de ambianţă, adaptabilitate, a efectelor obiective şi subiective ale muncii asupra individului şi colectivităţii, cauzelor sociale ale morbidităţii, probleme care nu pot fi tratate în mod unilateral. De aceea, o exigenţă majoră a unităţii punctelor de vedere între ştiinţe o constituie elaborarea unui limbaj comun, astfel încît datele lor să poată fi comparate şi puse în relaţie sistemică unele faţă de altele. Sociologia medicinei — al cărei domeniu se află la convergenţa acestor ştiinţe — asigură îndeplinirea acestor obiective, circumscriind într-o anumită direcţie, aria fiecărei ştiinţe specializate şi selectînd acele aspecte, care aparţin în acelaşi timp atît „socialului“ cît şi „medicalului“.

Întreaga ei metodologie ţinteşte determinarea aspectelor medico-sociale ale sănătăţii şi bolii şi, din acest punct de vedere, metodologia sociologiei medicinei apare ca rezultanta unui complex de metode şi tehnici aparţinînd ambelor domenii.

În cercetările de sociologie a medicinei, sănătatea este considerată ca un fenomen integrat, bio-psiho-social, care se desfăşoară cu concursul tuturor factorilor sociali şi care se manifestă pe plan individual şi colectiv. Acest mod de a concepe sănătatea a dus la stabilirea unei metodologii de cercetare, diferenţiată pe criterii de ordin sociologic şi care permite evidenţierea diferitelor variabile condiţionate de realitatea socio-medicală.

Metodologia sociologiei medicinei nu se mulţumeşte însă numai cu observarea faptelor şi proceselor socio-medicale, ci recurge la numeroase modalităţi de abordare, ca de exemplu : provocarea unor procese cu schimbarea uneia sau alteia din condiţiile de manifestare obişnuită, cu controlul uneia sau mai multor variabile etc., care oferă posibilitatea stabilirii unor relaţii de cauzalitate şi permite omologarea datelor obţinute, analiza şi prelucrarea datelor statistice şi epidemiologice, cercetarea multivariată a variabilelor sociale, condiţionate de sănătate şi boală etc.

Complexitatea ariei de aplicare a acestei metodologii, valabilitatea şi fidelitatea ei în raport cu datele recoltate, solicită contribuţii nuanţate ale diferitelor ştiinţe sociale şi medicale, transferuri reciproce de metode şi tehnici, sau punerea la punct a altora noi. Ca să ilustrăm numai prin cîteva exemple această continuă îmbinare şi interschimbare



Scanned with OKEN Scanner

a metodelor și tehnicilor cu aplicații în domeniul sociologiei medicinei, menționăm printre altele : metoda experimentală și cea comparativă, metoda studiului de caz, metoda statistică, euristică, metoda testelor, împrumutate de la alte științe și care au fost asimilate treptat de metodologia sociologică.

## 10.3. PROBLEME ȘI PRINCIPII DE BAZĂ ALE METODOLOGIEI SOCIOLOGICE

În ultimii ani, proliferarea cercetărilor sociologice, în cadrul diferitelor domenii și la diverse niveluri ale realității socio-medicale a permis acumularea unei mari cantități de date cu caracter empiric, care aduc în centrul atenției probleme de ordin metodologic și tehnic. Dacă în decursul unei perioade destul de lungi s-a postulat o anumită ruptură între cercetarea teoretică, fundamentală și cea practică, astăzi se consideră din ce în ce mai frecvent că, pentru a dezvolta sociologia medicinei ca știință, nu sînt suficiente numai simple acumulări de materiale descriptive, ci este necesar ca, pe baza lor, să se treacă la elaborarea unor scheme și teorii cu caracter explicativ. În acest sens, orientarea nemijlocit practică a sociologiei medicinei în epoca contemporană reactualizează problema explicației fenomenelor și proceselor socio-medicale, atît din punct de vedere al rolului său coordonator pentru cercetare, cît și pentru contribuțiile aduse la fundamentarea științifică a teoriei și practicii medicale.

Investigațiile sociologice trebuie să-și perfecționeze și să-și lărgească necontenit baza metodologică, folosind din ce în ce mai amplu și mai frecvent cele mai noi metode statistice, matematice și cibernetice, care oferă posibilități sporite de analiză cantitativă a fenomenelor și proceselor socio-medicale. Noțiunea de *cunoaștere „exactă"*, ca deziderat fundamental al oricărei științe, poate fi astfel mult mai exact elaborată, solicitînd permanent raporturi convergente între sociologia medicinei și științele „exacte".

Sarcina sociologiei medicinei, ca și a oricărei alte științe, este descoperirea *adevărului,* adică surprinderea veridică a *semnificației* oricărui fapt și fenomen socio-medical prin anumite teze și principii teoretice, care reflectă corect și fidel realitatea obiectivă. Din acest punct de vedere, metodologia sociologică oferă premisele, dar și mijloacele de a „aborda" acest adevăr, de a-l supune unei interpretări teoretice fundamentată științific.

Dacă istoria relativ scurtă și sinuoasă a sociologiei medicinei explică cel puțin parțial persistența unor puncte de vedere contradictorii în problemele metodologiei și teoriilor ei explicative, în prezent este din ce în ce mai clar formulată ideea orientării ei către un scop nemijlocit practic. Sociologi de orientări dintre cele mai diverse își pun cu acuitate problema dezvoltării teoretice și a fundamentării ei metodologice, pentru ca pe aceste baze să se poată trece la rezolvarea practică a problemelor de interes social și medical, în scopul unei mai bune organizări și a unei conduceri planificate a sănătății.



Scanned with OKEN Scanner

## 10.3.1. CONDIŢII DE CONSTITUIRE A METODELOR ŞI TEHNICILOR SOCIOLOGICE

Contrazisă de realitatea dezvoltării fundamentale a sociologiei contemporane, afirmaţia cunoscutului matematician francez Henri Poincaré, potrivit căreia sociologia ar fi „ştiinţa cu cele mai multe metode şi cu cele mai puţine rezultate", apare în prezent anacronică. Din acest punct de vedere, sociologia îşi justifică din ce în ce mai mult raţiunea de a fi, sporindu-şi permanent eficacitatea pentru rezolvarea raţională a problemelor sociale, proprii epocii contemporane. Dacă cercul de probleme aflate în raza de acţiune a sociologiei este în prezent deosebit de vast, practic nu există problemă socială care să nu capete (sau să nu-şi aştepte) rezolvarea din partea ei. Bazată pe o metodologie din ce în ce mai riguroasă şi mai precisă, cercetarea sociologică capătă astăzi pe deplin caracterizarea de acţiune socială militantă, aducînd contribuţii deosebit de importante la politica de optimizare a relaţiilor sociale.

Pentru a putea fi considerată ca autonomă şi cu statut distinct în cadrul sistemului general de clasificare a ştiinţelor, orice ştiinţă sau disciplină ştiinţifică trebuie să îndeplinească trei condiţii de bază : să aibă un domeniu specific de studiu, să posede un sistem de referinţă conceptual, propriu şi, în sfîrşit, să utilizeze o metodologie distinctă de cele ale altor ştiinţe.

Pentru sociologie în general şi pentru sociologia medicinei în particular, îndeplinirea integrală a acestor condiţii, constituie încă un deziderat, cu atît mai mult cu cît statutul lor epistemologic este departe de a fi încheiat, aflîndu-se încă în cursul unui proces de cristalizare.

În ceea ce priveşte ultima condiţie, pe care ne-am propus să o discutăm în acest capitol *, lucrurile sînt mai clare, deşi şi aici, după cum vom vedea, există încă multe discuţii, în cadrul cărora se pune la îndoială „specificitatea" sau „originalitatea" metodelor şi formelor de cunoaştere sociologică şi se consideră că, sînt împrumutate, în mare parte, din arsenalul metodologic sau cognitiv al celorlalte ştiinţe sau chiar al simţului comun. Indiferent de natura mai veche sau mai nouă a acestor controverse, este de menţionat faptul că sociologia nu s-a putut constitui ca ştiinţă, atîta vreme cît nu şi-a construit o metodologie proprie, corespunzătoare obiectului ei de cercetare şi nici n-ar fi putut ajunge o ştiinţă socială militantă dacă nu ar fi utilizat arme specifice de acţiune. Dacă simţul comun este ispitit adesea să identifice metodele sociologice cu modalităţi „laice" de cunoaştere, să considere în mod stereotip cunoaşterea sociologică ca o cunoaştere de „bon sens" sau „common sense", aceasta nu se datorează lipsei de „originalitate" sau de „specificitate" a etapei metodologice şi cognitive proprie sociologiei ca ştiinţă, ci, cel mai probabil, accesibilităţii sau exoterismului său.

* Menţionăm că întreg conţinutul acestui capitol se adresează mai puţin sociologilor, familiarizaţi îndeobşte cu problemele generale ale metodologiei sociologice, cît mai ales medicilor, care prin natura activităţii lor, au mai puţine ocazii de a cunoaşte şi aplica asemenea probleme cu pronunţat caracter specializat. Pentru redactarea acestui capitol s-au folosit numeroase studii ale următorilor autori : H.H. Stahl, I. Iordăchel, I. Drăgan, V. Constantinescu, P. Cristea, Gh. Chepeş, S. Chelcea, O. Boiangiu, A. Cazacu, I. Bădescu etc.



Scanned with OKEN Scanner

„Ştiinţele sociale suferă poate în raport cu ştiinţele naturii de dezavantajul exoterismului lor" —, scrie Raymond Boudon (141). Ca urmare, profanul este deseori ispitit să considere cunoaşterea sociologică ca pe o formă de cunoaştere nespecializată, la îndemîna oricui, iar pe sociolog să şi-l închipuie nu atît ca om de ştiinţă, cît ca pe un practician cu care el însuşi se poate identifica. Referindu-se la această reprezentare stereotipă şi deformată, Septimiu Chelcea considera, pe bună dreptate, că „...pentru nespecialişti, sociologul nu este decît omul cu chestionarul", iar investigarea fenomenelor sociale nu înseamnă altceva decît „lansarea chestionarelor" (142).

Opunînd acestui punct de vedere denaturat argumentul categoric că simţul comun nu se poate substitui în nici un caz cunoaşterii ştiinţifice, obiective, considerăm că metodologia sociologică — departe de a fi identificabilă cu formele empirice de cunoaştere nespecifică şi nespecializată — constituie o modalitate ştiinţifică ce impune criterii riguroase de constituire şi aplicare.

Chiar dacă în unele cazuri unele metode şi tehnici se aplică atît în domeniul sociologiei, cît şi în cel al altor discipline, problema nu constă în stabilirea paternităţii lor sau izvorului ştiinţific din care provin, ci în găsirea căilor celor mai potrivite pentru a asigura deplina lor valabilitate şi rigoare ştiinţifică, iar în unele situaţii, posibilităţi de transfer metodologic, interdisciplinar.

În ceea ce priveşte metodele specifice sociologiei medicinei, acestea sînt de fapt metodele sociologiei ca ştiinţă. A vorbi despre aceste metode, înseamnă a te ocupa de toate condiţiile care fac posibilă aplicarea metodologiei sociologice în general şi a aborda diferenţiat fiecare dintre metodele şi tehnicile utilizate. Desigur, ca disciplină de ramură, constituită de curînd în cadrul disciplinelor medicale şi sociale tradiţionale, sociologia medicinei utilizează metode complementare, împrumutate fie de la medicină (ca de exemplu metoda epidemiologică), fie de la celelalte ştiinţe (ca de pildă : metoda testelor, metoda „brainstorming" sau tehnicile Delphi etc.). Totuşi, pentru a rămîne fideli punctului de vedere sociologic, ca metodă specializată de cunoaştere, considerăm că o tratare corectă a problemelor metodologiei caracteristice sociologiei medicinei, impune abordarea metodologiei sociologice, în general. De aceea, cea mai mare parte din acest capitol o dedicăm acestor probleme, respectînd astfel una dintre cele mai importante condiţii ale justificării legitimităţii şi autonomiei epistemologice a sociologiei ca ştiinţă, indiferent de domeniile în care aceasta este aplicată : cerinţa specificităţii şi valabilităţii metodologiei sale de cunoaştere şi acţiune practică.

### 10.3.2. NOŢIUNILE DE METODĂ, METODOLOGIE, PROCEDEE ŞI TEHNICI DE CERCETARE

Înainte de a trece la expunerea acţiunii pe care o efectuează orice sociolog în activitatea de cercetare a realităţii sociale, se impune stabilirea anumitor distincţii terminologice între noţiuni, cum ar fi : *metoda, tehnica, metodologia* şi *tehnica de cercetare*, noţiuni cu care operăm atît în domeniul sociologiei, cît şi în cadrul altor ştiinţe, operaţie cu atît mai necesară, cu cît în unele cazuri se observă o anumită impre-



Scanned with OKEN Scanner

cizie în utilizarea acestor termeni și chiar o anumită tendință de a identifica unele noțiuni între ele.

a) *Metoda.* Etimologic, termenul metodologie provine din îmbinarea a două cuvinte grecești : *methodos,* care înseamnă drum, cale, mod de cercetare și *loghiki,* care înseamnă ordinea sau logica lucrurilor. Cu alte cuvinte, în înțelesul tradițional, metoda este asimilată logicii (ordinii) conform căreia se desfășoară orice proces de cercetare a realității.

În prezent, termenul de „metodă" circumscrie un complex de semnificații. În înțelesul cel mai general, metoda desemnează un anumit mod de a proceda sistematic în practică, un mod de cercetare care dă o imagine exactă a fragmentului ales al realității și explică fenomenele care au loc în cadrul lui. Într-un alt sens, metoda este calea pe care o urmează gîndirea pentru a ajunge la cunoștințe adevărate asupra faptelor. Caracterul științific al unei metode, eficiența ei practică, depind astfel de reflectarea veridică a fenomenelor studiate, a legilor lor obiective. De aceea, unii autori consideră că „metoda este o formă superioară de mișcare a gîndirii umane, luată ca reflectare a realității obiective" (143). Pentru M. Cohen, metoda științifică constituie un efort sistematic de eliminare a erorii din cunoașterea noastră obișnuită, în timp ce pentru H. Reichenbach metoda științifică constituie singura posibilitate acceptabilă de a oferi o evaluare critică evidenței concluziilor unei științe și de a o feri de falsele evidențe ale simțului comun (405). Legitatea internă a mișcării gîndirii umane (dialectica subiectivă) se realizează totdeauna prin anumite metode. În același timp, orice metodă are un caracter normativ, în măsura în care oferă indicații asupra modului cum trebuie abordat subiectul cunoașterii, pentru a obține despre el cunoștințe autentice.

În concluzie, metoda este calea urmată în cercetare, modul în care se extrag concluziile din fapte, drumul care duce de la fapte la concluzii, un mod anumit de a proceda sistematic în practica cercetării științifice.

Ca trăsături fundamentale ale oricărei metode științifice, semnalăm : *precizia observațiilor,* adică un mod riguros de efectuare a observațiilor, care permite să se obțină rezultate identice sau asemănătoare de către orice observator care aplică metoda, precum și *corectitudinea raționamentelor,* care elimină erorile logice și, ca urmare, deformările descrierii sau falsurile generalizării. Aceste două condiții sînt considerate ca fiind suficiente pentru a asigura *valabilitatea metodei,* adică capacitatea ei de a surprinde veridic toate faptele cercetate.

b) *Metodologia.* Spre deosebire de metodă, „metodologia" are un sens mai general, desemnînd de cele mai multe ori ansamblul metodelor folosite într-o anumită știință, al cărui fundament îl constituie sistemul celor mai generale legi și principii ale acelei științe. Astfel, metodologia constituie o totalitate de mijloace de abordare și analiză a fenomenelor realității obiective, bazate pe aplicarea unor principii rezultate din înțelegerea științifică a acelei realități. Ea presupune, pe de o parte un mod de *a analiza,* iar pe de altă parte, un mod de *a privi* (înțelege) această realitate, fiind deci mult mai mult decît un simplu sistem de tehnici și procedee de recoltare și prelucrare a datelor despre un fenomen sau un grup de fenomene. Fritz Machlup concepe astfel metodologia ca fiind studiul principiilor care orientează pe oamenii de



Scanned with OKEN Scanner

știință dintr-un anumit domeniu de cunoaștere, pentru a putea decide dacă trebuie să accepte sau să respingă anumite propoziții ca parte a corpului ordonat de cunoaștere în general sau a propriei lor discipline (științe) (405), în timp ce pentru K. Popper, metodologia constă în diferite reguli și norme, prin intermediul cărora omul de știință poate să ajungă la descoperire (406).

Dacă pentru unii autori (de exemplu, Lalande și Margenau) metodologia este o parte a epistemologiei, pentru alții (de exemplu, Montague) ea cuprinde atît epistemologia, cît și logica, în timp ce pentru unii (printre care Cohen și Nagel) metodologia este cuprinsă în logică, fiind separată de epistemologie, care își are anatomia ei (405).

Raportul dintre metodă și metodologie nu este astfel numai un raport de la parte la întreg, ci presupune identificarea conținutului lor semantic. Într-un alt sens, metodologia este înțeleasă ca o parte a filozofiei, care se ocupă cu analiza teoretică a metodelor folosite de diferite științe, adică este *știința despre metodă*. Conform acestui mod de înțelegere, metodologia nu urmărește rezolvarea unei probleme speciale, ci soluționează însăși problema științei și anume trecerea în mod rațional de la un sistem de fapte la altul.

Obiectul metodologiei, afirmă unii autori, îl constituie analiza intervenției științifice în activitatea sociologului, pornind de la „radiografia" unor tehnici de cercetare particulară și ajungînd pînă la problemele mai complicate ale construcției teoretice. Ca analiză științifică a actului teoretic în sociologie, metodologia tratează analitic căile de construcție a conceptelor sociologice, tipurile de variabile utilizate, posibilitățile de a opera cu conceptele, strategiile de construcție și verificare a teoriei, formele de sistematizare și formalizare a cunoștințelor sociologice existente ș.a.m.d. Ca analiză a demersului sociologic empiric, metodologia relevă importanța tehnicilor de cercetare, evidențiind legăturile care există între ele în munca de investigare a realității sociale. Accentuînd asupra tendințelor de acceptare sau respingere a aspectelor metodologice specifice unei discipline științifice, F. Machlup vorbește de „metodolatrie" și „metodofobie" pentru a desemna abuzurile care se mai fac astăzi într-un domeniu în care discursul metodologic, fie că nu are importanță (ceea ce nu este cazul sociologiei medicinei sau al medicinei colectivităților umane), fie că favorizează speculații sterile sau lipsite de conținut (care trebuie evitate în orice domeniu științific).

c) *Tehnica.* Spre deosebire de noțiunile de metodă și metodologie, noțiunea de „tehnică" desemnează un anumit procedeu operator, de *înregistrare (recoltare)* și *interpretare* a datelor rezultate din cercetare. Orice metodă cuprinde un complex amplu de procedee de cercetare, care alcătuiesc împreună latura operațională a metodei. De exemplu, metoda statistică cuprinde procedee, specializate pentru diferitele ei domenii de studiu. Deosebirea dintre metodă și tehnică constă în caracterul operațional al ultimei în raport cu prima, în trăsătura ei preponderent instrumentală. Tehnica este astfel un instrument de lucru, o „unealtă" cu ajutorul căreia putem surprinde exact grupul de fenomene care ne interesează. Cunoscutul sociolog John McKinney considera că „orice tehnică de cercetare constituie o operație specifică de descoperire și manipulare a faptelor" (144).



Scanned with OKEN Scanner

Astfel, orice tehnică de cercetare este subordonată metodelor fiecărei ştiinţe. Dintre aceste tehnici sau procedee se consideră, în general, mai importante : procedeele statistice (subordonate metodei statistice), procedeul experimental (subordonat metodelor experimentale), procedeul tipologic (subordonat metodelor descriptive), procedeul istoric (subordonat metodei istorice) şi procedeul cazului (subordonat aşa-numitei metode de caz).

Dintre trăsăturile principale care trebuie să caracterizeze un instrument sau o tehnică de cercetare, menţionăm :

— *fidelitatea*, care cere ca măsurile (evaluările) repetate ale aceluiaşi fapt să dea rezultate care să fie identice sau care să nu varieze decît în limite restrînse şi previzibile ;

— *validitatea*, care cere ca operaţia de măsurare (evaluare) să fie legată, printr-o relaţie semnificativă, de obiectul cercetării, cu alte cuvinte, să se măsoare (evalueze) într-adevăr ceea ce ne-am propus să măsurăm (evaluăm).

★

Între metodă, metodologie şi tehnicile de cercetare există o legătură foarte strînsă, condiţionată de necesitatea elaborării unor modalităţi optime de investigare a unui grup de fenomene. Alegerea unei anumite metode, respectiv a tehnicilor care o compun, are o influenţă decisivă asupra rezultatelor obţinute. Dacă faptele le gîndim *metodic* (cu ajutorul unei metode) şi le surprindem. le abordăm în mod *tehnic* (cu ajutorul tehnicilor sau instrumentelor de cercetare), se înţelege că între metodă şi tehnicile ei trebuie să existe raporturi de condiţionare reciprocă.

### 10.3.3. STANDARDIZAREA INSTRUMENTELOR DE CERCETARE

Urmărind istoricul diferitelor ştiinţe, se constată că progresul fiecăreia este strîns legat de perfecţionarea metodelor şi tehnicilor de cercetare. În ştiinţele experimentale, temeinic consolidate, cum ar fi cazul fizicii, sînt utilizate instrumente şi metode care au făcut de foarte multă vreme dovada valabilităţii lor. Dimpotrivă, în sociologie şi în general în ştiinţele sociale, există numai de puţină vreme preocupări orientate către dezvoltarea acestor tehnici, care servesc la aprecierea cantitativă şi la măsurarea datelor brute ale observaţiei, care au o condiţionare obiectivă, determinată la rîndul ei de faptul că fenomenele şi procesele sociale se supun mult mai greu măsurilor cantitative. În societate, după cum considerau clasicii marxişti, acţionează oameni înzestraţi cu conştiinţă, ceea ce presupune de la început unele dificultăţi.

Pînă la un anumit punct, sociologia s-a putut mulţumi cu metodele de observaţie şi evaluarea calitativă a diferitelor fenomene şi procese sociale, care se bazează în mare parte pe experienţa şi deci, pe subiectivitatea investigatorului. Dar ştiinţa sociologică face din ce în ce mai mult apel la cantităţi mari de informaţie, care trebuie ordonate, sistematizate şi interpretate cît mai obiectiv cu putinţă. A fost propusă ideea modelării, cu largă aplicativitate în ştinţele sociale, idee în prezent



Scanned with OKEN Scanner

folosită operațional de reprezentanții școlii americane de sociologie (P. Lazarsfeld, J. Coleman, P. Blalock etc.) și reprezentanții școlii franceze (R. Boudon în deosebi). Referindu-se la posibilitatea construirii unor limbaje formalizate sau a „unor scheme conceptuale ipotetice", sînt autori care consideră construirea unui model în științele sociale drept punct culminant al metodologiei cercetării, în care axiomatizarea are un rol principal. Utilizarea unor limbaje formale pertinente (matematică, logică matematică etc.) pare să răspundă cel mai bine exigențelor, alături de un bogat aparat noțional și logic, știut fiind că valoarea programatică a modelului are atît un aspect euristic, cît și unul operațional. Unii specialiști consideră însă că științele sociologice în general, sociologia în special, se află într-o fază empirică de dezvoltare, care presupune mai mult utilizarea sistematizării descriptive și mai puțin utilizarea limbajelor formale.

Pe o poziție total diferită se situează „metodologii" care pun în centrul metodelor sociologice, „comprehensiunea", ca mijloc principal de creare a unor ipoteze științifice și, totodată, ca mijloc de verificare a unor generalizări sociologice. Se înțelege că accentul cade astfel pe elementul calitativ și anume pe capacitatea cercetătorului de a se „identifica" cu proprii săi subiecți, pentru a ajunge la înțelegerea deplină a semnificației actelor sociale.

Marea problemă metodologică pe care și-o pune în prezent sociologia constă, așadar, în înlocuirea procedeelor subiective și intuitive cu o *metodă sistematică,* ce are posibilitatea de a recolta date comparabile între ele. Ca urmare, *standardizarea instrumentelor de lucru* constituie o condiție metodologică fundamentală a desfășurării optime a oricărui proces de cercetare sociologică. Potrivit acestui principiu, orice metodă trebuie să cuprindă *procedee standardizate* (etalonate într-un anumit sens), care să fie constituite astfel, încît să poată fi aplicate totdeauna în mod *identic* de orice cercetător, să elimine orice deformări posibile care decurg din atitudinea și particularitățile cercetătorului. Acest principiu constituie pe de-o parte temeiul fidelității, iar pe de altă parte, siguranța valabilității celor două trăsături principale care caracterizează un bun instrument de cercetare. Standardizarea tehnicilor de cercetare constă, în primul rînd, în stabilirea lor exactă, în conținutul „elaborat" (stabilit uniform pentru toți cercetătorii) al operațiilor care le compun. De exemplu, într-un chestionar standardizat, fiecăruia dintre cei chestionați i se pune o întrebare identică, cu o intonație identică, în condiții identice de anchetare etc., pentru a asigura astfel obținerea unor răspunsuri comparabile între ele.

În mod asemănător, standardizarea tehnicilor observației constă în redactarea unui instructaj exact și identic, care să asigure ca fiecare observator participant la cercetări să acorde atenție acelorași fapte, să le cuprindă în aceleași categorii descriptive și să folosească aceiași termeni, astfel încît fiecare cercetător să efectueze observații în cadrul acelorași parametri și să le descrie în aceleași categorii. Se obține astfel „obiectivitatea" cercetării, care în sociologie are sensul de „identitate", adică similitudine între rezultatele obținute de diferiți cercetători. Cu alte cuvinte, lucrînd cu instrumente identice, se poate ajunge la elaborarea aceluiași tip de rezultate. Întrucît standardizarea tehnicilor experimen-



Scanned with OKEN Scanner

tale şi a celor de observare a devenit baza dezvoltării ştiinţelor naturale şi experimentale, este evidentă însemnătatea acestui principiu în cazul sociologiei.

### 10.3.4. REGULI FUNDAMENTALE ALE METODEI SOCIOLOGICE

Pentru a putea explica caracterul metodelor specifice sociologului, trebuie precizate regulile care însoţesc orice cercetare a realităţii sociale, adică a condiţiilor şi principiilor directoare care călăuzesc activitatea de recoltare şi interpretare a datelor din teren :

*a). Regula concretului.* Deoarece sociologia este o ştiinţă „pozitivă" a faptelor sociale, ea trebuie să pornească de la concret, de la observarea nemijlocită a realităţii sociale. Din acest punct de vedere, sociologul poate să meargă pînă acolo, încît să participe el însuşi la fenomenul pe care-l cercetează.

*b) Regula eliberării de prejudecăţi.* Sociologul trebuie să renunţe de la început la noţiunile curente (ale „simţului comun") care circulă cu privire la faptele sociale, împiedicînd cunoaşterea ştiinţifică. Trebuie să aibă „sentimentul propriei ignoranţe faţă de obiectul studiat" (145), adică să ignoreze în mod deliberat prejudecăţile, numite de cunoscutul filozof Francis Bacon „idoli ai cunoaşterii" (elemente sau atitudini preconcepute, subiective, cu care abordăm realitatea).

*c) Regula obiectivităţii.* Sociologia trebuie să aibă faţă de realitatea socială o atitudine obiectivă ca în oricare ştiinţă, faţă de un domeniu încă neexplorat. Această regulă, de fapt cea mai importantă, presupune ca sociologul să obţină asemenea date, care să reprezinte cunoştinţe valabile şi exacte despre realitatea investigată. Astfel, trebuie făcută distincţia între aşa-numitele judecăţi de valoare (prin care evaluăm sau acordăm semnificaţie axiologică unui fapt social) şi judecăţile de fapt (de existenţă), care reprezintă constatări imediate despre faptele reale.

Pornind de la necesitatea elaborării unor asemenea principii sau „reguli de abordare a faptelor sociale, cunoscutul sociolog Em. Durkheim a stabilit în lucrarea *„Regulile metodei sociologice"* cîteva condiţii (reguli) metodologice :

— *Prima regulă* se referă la înţelegerea faptelor sociale ca lucruri, adică recunoaşterea caracterului lor obiectiv. A privi faptele sociale ca lucruri, înseamnă a trece de la subiectivismul cercetătorului la obiectivitatea ştiinţifică, care presupune detaşarea de orice fel de prejudecăţi sau judecăţi de valoare.

— *A doua regulă* se referă la necesitatea de a deosebi caracterul specific al faptului social, de caracterul faptelor de alt ordin, cerinţă concretizată în înţelegerea situaţiei în care orice fapt social este de natură normativă, adică exercită o acţiune coercitivă asupra individului, condiţionînd integrarea acestuia în structurile sociale.

— *A treia regulă* se referă la necesitatea unei definiri riguroase a noţiunilor, categoriilor şi principiilor cu care operăm în cercetarea sociologică, definire cu ajutorul căreia se poate stabili un consens în activitatea diferiţilor cercetători.

— *A patra regulă* se referă la necesitatea unei explicaţii judicioase a fenomenelor sociale, la căutarea cauzelor specifice care le-a generat şi nu la cauze de alt ordin. Cauza unui fapt social se află în



Scanned with OKEN Scanner

însăşi societatea şi, ca urmare, trebuie cercetate structurile sociale care le-au generat.

— În sfîrşit, o *ultimă regulă* se referă la necesitatea corelării unităţii (universalităţii) cu diversitatea care ne-o furnizează faptele sociale. Potrivit acestui principiu, acumularea unui corp de cunoştinţe exacte presupune a opera o anumită unitate în diversitatea datelor de care dispunem, sistematizîndu-le conform unui principiu metodologic conducător.

### 10.3.5. ABORDAREA DETERMINISTĂ A FAPTELOR, FENOMENELOR ŞI PROCESELOR SOCIALE (principiile explicaţiei sociologice)

Cunoaşterea fenomenelor sociale trebuie să dea omului cunoştinţe cît mai exacte şi mai complexe asupra proceselor în curs de desfăşurare, ajutîndu-l să dezvăluie variatele posibilităţi şi potenţe de dezvoltare, ca şi tendinţele ce se conturează în sînul vieţii sociale. O astfel de cunoaştere, cu un pronunţat caracter prospectiv, reclamă cu necesitate abordarea operaţională a vieţii sociale, cu instrumente din ce în ce mai perfecţionate. Metodele şi mijloacele de investigaţie socială, deşi nu se apropie (în ceea ce priveşte precizia şi eficienţa) de nivelul celor folosite pentru cercetarea naturii şi a relaţiilor omului cu natura, se perfecţionează continuu. Informatica, cibernetica, programarea liniară, teoria jocurilor, ca şi alte metode, oferă astăzi, în condiţiile folosirii ordinatoarelor, mijloace puternice de investigare şi experimentare din ce în ce mai profunde în activitatea socială. În aceste condiţii şi în măsura în care predicţia şi prognoza devin elemente de bază ale oricărei cunoaşteri sociale, viziunea deterministă asupra fenomenelor sociale se impune cu necesitate, pentru a explica întrepătrunderile dintre ceea ce condiţionează în mod obiectiv atitudinile şi acţiunile oamenilor şi tot ceea ce ţine de ampla manifestare a subiectivităţii umane.

Cunoscutul sociolog G. Gurvitch consideră că orice ştiinţă, indiferent de metoda folosită, nu poate fi decît deterministă, „pentru că presupune posibilitatea de a integra faptele pe care le studiază într-un cadru de ansamblu, într-un univers, într-o lume particulară, cu o anumită coerenţă relativă“ (146).

Pentru sistemul de referinţă al sociologiei marxiste, principiul determinismului constituie baza concepţiei şi metodei sale de cunoaştere a vieţii sociale, creînd premisele legilor de funcţionare a sistemelor sociale şi a legilor evolutive, în virtutea cărora se produc schimbările calitative în viaţa socială. De aceea, considerînd că forma specifică a mişcării sociale o constituie activitatea omului, caracterizată în primul rînd de faptul că acesta îşi propune în mod conştient anumite scopuri, marxismul introduce în interpretarea procesului social criteriul subiect-obiect, care subînţelege dialectica libertăţii şi a necesităţii, ca element definitoriu pentru specificitatea determinismului social.

Din concepţia marxistă a procesului de cunoaştere rezultă totdeauna că, pentru a fi cu adevărat ştiinţifică, metoda unei ştiinţe trebuie să corespundă obiectului ei şi de aceea, între teorie şi metodă trebuie să existe o unitate organică.



Scanned with OKEN Scanner

„Metodologia unei ştiinţe date înglobează nu numai trăsăturile specifice corespunzînd obiectului ei, ci şi esenţa generală, decurgînd din teoria generală a realităţii obiective ca ansamblu“ (147).

Ca urmare, metoda înglobează teoria (deci, sistemul de noţiuni şi de categorii, sistemul de legi ca mijloc de analiză), dar conţine şi principiile operaţionale ale acestui sistem teoretic, principii condiţionate istoriceşte de evoluţia realităţii obiective şi a cunoaşterii. Precizînd acest lucru, avem în vedere necesitatea înţelegerii raporturilor strînse care trebuie să existe între teoria şi metoda sociologică în explicarea şi interpretarea oricărui fapt şi fenomen social. Deoarece scopul ei este căutarea şi descoperirea regulilor cele mai generale, a legilor care guvernează viaţa socială şi comportarea umană, sociologia se ocupă atît cu descrierea, cît şi cu explicarea faptului social. Dacă descrierea este prima etapă, prima fază a oricărei cercetări sociologice, explicaţia constituie obiectul ei fundamental, în măsura în care trebuie să ajungă la formarea acestor legi. Rolul unei ştiinţe nu este doar acela de a descrie, ci şi de a explica, deoarece simpla descriere nu duce la o înţelegere şi cunoaştere reală a obiectului. De aceea, sociologia descriptivă (sociografia) este mult mai expusă primejdiilor empirismului decît sociologia explicativă, care caută descifrarea cauzalităţii sociale.

În general, se consideră că pentru a fonda explicaţia sociologică este nevoie să se utilizeze *trei tipuri de metode :*

— *metoda comparativă* (comparaţia este singurul mijloc care-i permite sociologului analiza unui „dat“ concret, degajarea elementelor constante, abstracte şi generale) ; „sociologia comparativă este sociologia însăşi, în măsura în care încetează să mai fie pur descriptivă şi aspiră să ia cunoştinţă de fapte“ (145) ;

— *metoda istorică* (istoria oferă sociologiei un vast cîmp de comparaţie, furnizează sociologului sensul „devenirii“ sociale, indispensabil înţelegerii genezei faptelor şi fenomenelor care survin în societate ; ea face posibilă şi explicaţia, plasînd instituţiile în mediul social în care au luat naştere) ;

— *metoda statistică* nu este doar un mijloc de descriere, ci şi unul de comparaţie, fiind un instrument precis de disociere şi de analiză a datelor rezultate din cercetare.

Pornind de la analiza modului de explicaţie sociologică, alţi autori consideră că sociologia foloseşte şi alte metode :

— *metoda istorică* (pentru fenomenele trecute) ;
— *metoda actualistă* (pentru fenomenele direct accesibile) ;
— *metoda matematică* (pentru fenomenele calculabile) ;
— *metoda calitativă* (pentru fenomenele care nu se pretează la interpretare prin limbajul cantitativ, matematic).

Explicaţia în sociologie trebuie să ducă însă — ca şi în cazul ştiinţelor naturii — la stabilirea tipurilor, cauzelor şi legilor sociologice :

*a)* prima treaptă a explicaţiei sociologice constă în constituirea tipurilor, măcar în trăsăturile esenţiale a unei multiplicităţi de cazuri concrete, dispersate în spaţiu şi timp. În această explicaţie, important nu este atît numărul faptelor, cît caracterul lor tipic. „Se poate considera că sociologia a reuşit să stabilească existenţa unor specii sociale



Scanned with OKEN Scanner

sau tipuri sociale, așa cum există de exemplu specii sau tipuri biologice" (145).

Orice tipologizare este în fond o operație de clasificare, care tinde să grupeze fenomenele asemănătoare, reducîndu-le la un anumit număr de „tipuri" ;

*b)* o altă fază a explicației sociologice constă în descifrarea *cauzelor* unui fapt, fenomen sau proces social. În sociologie, noțiunea de „cauză" are însă un conținut specific, probabilist, în măsura în care viața socială reprezintă o permanentă împlinire între elementul subiectiv și cel obiectiv, între întîmplător (posibil) și necesar.

Aici, cuvîntul „cauză" poate desemna fie *condiții materiale,* care nu sînt decît condiții de favorizare, simple probabilități, dar nu cauze-agent, fie *elemente psihologice,* care acționează și ca posibilități.

În istoria constituirii sociologiei ca știință, unii sociologi au încercat să înlocuiască noțiunea de *cauză* cu noțiunea de *funcție,* care ar desemna — potrivit opiniei lor — mult mai bine specificul explicației sociologice. În matematică se spune că „două mărimi sînt în funcție una de cealaltă, dacă atunci cînd una dintre ele variază, variază și cealaltă" ; în sociologie, două fenomene sînt în funcție unul pentru celălalt, atunci cînd sînt legate printr-o anumită corelație exprimabilă numeric. Constatarea acestei corelații funcționale impune la rîndul ei o distincție și anume, de a ști dacă relația funcțională constatată este permanentă, adică dacă se verifică în toate cazurile, sau numai într-un anumit număr de cazuri și numai în anumite împrejurări.

De aceea, noțiunea de „funcție" în sociologie este mult mai complicată, ca de exemplu în cazul fiziologiei, deoarece în societate numărul factorilor care depind funcțional unul de altul este mult mai mare și, în afară de aceasta, rareori se întîmplă ca un fenomen social să aibă o cauză unică ;

*c)* treapta superioară a explicației sociologice o constituie elaborarea *legilor sociologice,* adică a formelor de explicație care evidențiază structura esențială, permanentă, generală și repetabilă a fenomenelor, indicînd direcția principală a dezvoltării lor.

În general, trăsăturile oricărei legi sociologice sînt :

— *caracterul statistic* (stocastic), bazat pe calculul probabilităților și legea numerelor mari, potrivit cărora, cu cît numărul de cazuri studiate este mai mare, cu atît apare o regularitate mai pronunțată în întregul cercetat ;

— *caracterul relativ,* bazat pe precizarea că legile sociale nu sînt valabile decît într-un cadru istoric dat ;

— *caracterul probabilist,* bazat pe indicarea faptului că în viața socială acționează doar relații care nu au un caracter necesar, legic, intervenind factori aleatori și subiectivi, care sporesc caracterul lor de indeterminare. Pornind de la acest caracter probabilist, unii sociologi au căutat să elimine din sociologie căutarea legilor, înlocuind-o fie prin căutarea regularităților tendențiale (tendințelor probabile și nu necesare ale fenomenului social), fie prin cea a relațiilor cauzale singulare, mai apropiate de cauzalitatea istorică decît de cea științifică. În ciuda diferitelor obiecții, nu se poate renunța însă la legi în sociologie. „Termenul de lege științifică — scria G. A. Lundberg — poate,



Scanned with OKEN Scanner

și trebuie să însemne în științele sociale, exact ceea ce înseamnă în orice altă știință".

Legile sociologice pot lua trei forme principale :

*a) legi de structură*, care stabilesc existența unor corelații organice între diversele elemente ale aceluiași tip social ;

*b) legi de evoluție*, pentru un domeniu limitat, adică pentru filiația diverselor structuri sociale ;

*c) legi generale*, care degajă din nenumăratele variații individuale ceea ce este propriu-zis social.

Cunoașterea legilor sociologice asigură explicației sociologice capacitatea ei de previziune. Subliniind această funcție de bază a sociologiei ca știință, clasicii marxiști au considerat ca principii metodologice ale oricărei explicații :

— *principiul integralității fenomenelor sociale* (studierea socialului în unitatea laturilor sale contrarii). „Metoda cea mai caracteristică pentru sociologie — arăta Petre Andrei — este cea integralistă, care constă în faptul că studiază orice instituție sau fenomen, prin prisma totalului social" (148) ;

— *principiul istorismului* (studierea fenomenelor și proceselor sociale din punctul de vedere al determinării genezei și dezvoltării acestora, al etapelor și tendințelor lor de evoluție) ;

— *principiul esențialității* (operarea unor distincții între elementele esențiale și cele neesențiale, asigurîndu-se o dublă valoare cunoașterii sociologice : explicativă și operațional-practică).

Aplicarea acestor principii metodologice în practica sociologică asigură valabilitatea concluzilor și interpretărilor teoretice.

### 10.3.6. METODE CANTITATIVE ȘI METODE CALITATIVE

În cadrul procesului de recoltare și interpretare a informațiilor sociologice, se fac deseori distincții între natura metodelor cantitative și a celor calitative.

*a) Metodele cantitative* achiziționează un ansamblu de elemente comparabile între ele și care se supun tratamentului matematic (formalizării matematice). Dezvoltarea lor este legată de pătrunderea aparatului matematic în cercetarea sociologică, adică în procesul dobîndirii unor cunoștințe mai riguroase, mai precise, referitoare la realitatea socială.

Dacă la mijlocul secolului al XIX-lea, prin „exact" („precis") se înțelegea caracterul riguros al unei cunoștințe, astăzi se poate spune — cum afirmă N. Wiener (întemeietorul ciberneticii) — că știința pretinde să aibă de-a face nu numai cu ceea ce se produce în mod obligatoriu, în orice împrejurare, ci și cu ceea ce se produce cu o anumită probabilitate.

Matematica, caracterizată prin conținutul ei cantitativ, oferă cunoștințe exacte, dar noțiunea de „exact" capătă ea însăși un caracter probabilist.

Progresul oricărei științe, inclusiv al sociologiei, constă astfel în dezvăluirea unor legi cantitative. Avînd de a face cu o cantitate masivă de informație, sociologia a simțit nevoia edificării unor metode canti-



Scanned with OKEN Scanner

tative cu ajutorul cărora să poată recolta, prelucra și interpreta datele rezultate din cercetările ei. De aceea, printre metodele cantitative pe care sociologia le-a asimilat se numără în primul rînd metodele statisticii, cele ale matematicii și ciberneticii. Bazați pe aceste metode, unii sociologi au elaborat tehnici de măsurare și scalare a faptelor sociale, bazate pe principiul standardizării, amintit într-un paragraf anterior. Dintre metodele cantitative, cea mai reprezentativă se vădește a fi ancheta sociologică bazată pe tehnica chestionarului cu întrebări standardizate.

*b) Metodele calitative,* spre deosebire de metodele cantitative, interpretează și evaluează datele sociologice, care nu sînt riguros standardizate și care nu se ocupă cu măsurători cantitative.

În cadrul acestor metode, cele mai reprezentative sînt :

— interviul liber (intensiv sau focalizat, nestandardizat, nestructurat, clinic) ;

— testele psiho-sociologice (în special cele proiective pentru studiul de caz) ;

— tehnica discuțiilor de grup ;

— metoda nestandardizată a observației participante (coparticipante) ;

— tehnicile analizei (calitative) de conținut ;

— metoda biografiei subiectului.

Informațiile culese cu ajutorul acestor procedee și metode nu sînt, de regulă, nici riguros comparabile și nici reprezentative. Totuși, ele pot fi uneori codificate sistematic, făcînd posibilă o descriere cantitativă bazată pe comparabilitatea datelor culese. Problema standardizării (a cuantificării) constă aici în construcția „unităților" („categoriilor") pentru clasificare, numărare și evaluare. Interpretările calitative ajung, de cele mai multe ori, la descrieri tipizatoare (tipologii clasificatoare), bazate în cea mai mare parte pe evaluările subiective „intuiția" și ingeniozitatea cercetătorului. De aceea, ele cuprind o doză mult mai mare de subiectivitate decît cele cantitative și constituie de fapt premisele unor cercetări ulterioare, cu caracter standardizat, efectuate cu ajutorul unor metode cantitative.

### 10.3.7. PROCESUALITATEA CUNOAȘTERII SOCIOLOGICE

Ca orice proces de cunoaștere, cunoașterea sociologică este un proces. În *Caiete filozofice,* Lenin arăta că orice cunoaștere parcurge un anumit drum : „de la intuiția vie, la gîndirea abstractă și de la ea la practică". Dacă cunoașterea comună nu comportă un etaj reflexiv critic și nu-și pune problema valorii adevărului, nefiind din acest punct de vedere specializată metodologic, cunoașterea științifică este condusă de o metodă.

În procesul de cercetare sociologică, metoda condiționează desfășurarea a trei trepte principale : — contactul cu realitatea obiectivă (munca de teren) ; — interpretarea datelor (activitatea de generalizare și abstractizare) și — aplicabilitatea practică a rezultatelor.

Corespunzător acestor etape, procesul de cunoaștere sociologică,



Scanned with OKEN Scanner

ca dealtfel oricare proces de cunoaştere ştiinţifică, comportă următoarele faze, specializate metodologic :

— ce anume cunoaştem (obiectul cercetării) ?

— cum anume cunoaştem (cu ajutorul căror mijloace, metode şi tehnici) ?

— în ce scop cunoaştem (cu ce rezultate) ?

Concretizînd aceste faze în practica de cercetare, putem schiţa următorul model al desfăşurării oricărei investigaţii sociologice :

a) *pregătirea cercetării,* alcătuită din subetapele :

— alegerea temei şi a obiectivelor investigaţiei ;

— stabilirea ipotezelor de lucru ;

— alegerea mijloacelor de investigaţie (metodele şi tehnicile de cercetare) ;

b) *colectarea datelor* (munca de teren, efortul cercetătorului) ;

c) *analiza şi interpretarea datelor ;*

d) *redactarea unui raport final* cu propuneri şi soluţii.

Dintre aceste etape, mai importantă pentru scopul nostru este subetapa alegerii mijloacelor de cercetare, adică a metodelor şi tehnicilor de investigaţie sociologică.

Aceste metode şi tehnici le putem clasa în două categorii principale :

— metode şi tehnici de recoltare a datelor privitoare la fenomenul sau procesul social cercetat ;

— metode şi tehnici de analiză şi interpretare a datelor culese.

Unele din aceste metode sînt specifice numai sociologiei, altele sînt preluate din alte ştiinţe, cum ar fi matematica, statistica socială, psihologia, istoria etc.

### 10.3.8. SCURT ISTORIC AL CONSTITUIRII METODELOR SOCIOLOGICE

În istoricul sociologiei, primele metode şi tehnici au constat din simple înregistrări de date despre anumite domenii şi compartimente sociale, date care, supuse unor calcule matematice simple (constînd din totalizări şi procentaje) au dat naştere statisticii. Metodele statisticii au constituit deci primele metode ale sociologiei, fiind metode cantitative (aplicate deci extensiv, la mase mari de indivizi).

Fenomenele sociale care intră în cîmpul de studiu al sociologiei sînt, după cum se ştie, fenomene de masă, care constituie de fapt specificul statisticii sociale. Dacă în alte domenii — cum ar fi domeniul ştiinţelor naturii — este suficientă observarea singulară, repetată, a unui singur fenomen sau caz, în domeniul statisticii această metodă este nesatisfăcătoare. *Numai observaţiile de masă nivelează particularităţile individuale şi astfel se pot dezvălui legităţile proprii întregii colectivităţi.* Se obţine astfel o masă de informaţii despre totalitatea fenomenului (statistica se aplică, de exemplu, în recensăminte, care constau din înregistrarea populaţiei la un moment dat, pe un anumit număr de cazuri, totalizîndu-se apoi numărul de cazuri).

Nu trebuie să credem însă că metodele statistice sînt prin excelenţă metode sociologice. Le apropie caracterul masificat al fenomenelor sociale. Ambele sînt metode cantitative, aplicabile unor mase mari de indivizi ; le deosebeşte însă natura aplicării lor. În timp ce statistica are ca obiect societatea, alcătuită din indivizi însumaţi mecanic, socio-



Scanned with OKEN Scanner

logia privește conținutul societății ca întreg, ca sinteză *sui-generis*, rezultată nu din agregate mecanice de indivizi, ci din structuri sociale. Din acest punct de vedere statistica și sociologia se deosebesc fundamental.

Treptat, sociologii au observat o particularitate a înregistrărilor statistice : cu cît numărul de cazuri înregistrate este mai mare, cu atît există și o anumită regularitate a întregului cercetat, ceea ce permite formularea unei anumite legități edificatoare pentru comportarea viitoare a fenomenului cercetat, bineînțeles, în limitele unui spațiu de probabilitate. De exemplu : dacă numărul de avorturi dintr-o anumită perioadă este de x cazuri, atita timp cît se mențin constante anumite condiții (materiale, sociale, culturale și legislative) este probabil, dar nu și sigur, că acest număr va rămîne constant, nemanifestînd tendințe vizibile de scădere.

Este greu însă de afirmat cu certitudine că un anumit fenomen se va produce într-un mod identic în alte situații, întrucît legitatea care domină în societate este cea statistică probabilistă.

În societate acționează oamenii, înzestrați cu conștiință, care nu se comportă în mod liniar și uniform în toate împrejurările. În felul acesta s-au născut alte metode și tehnici, bazate pe așa-numitul calcul al probabilităților, care încearcă să surprindă tendințele de evoluție în viitor ale unui fenomen social, pe baza tendințelor sale prezente.

Cu timpul, s-a mers și mai departe, în momentul cînd sociologii au observat că singur calculul de totalizare a cazurilor nu este suficient, ci este necesară punerea în relație a unor cazuri (fenomene, procese sociale, diverse). În felul acesta s-au născut metodele „corelaționale", care studiază dependența unui fenomen de alte fenomene.

Pe baza tuturor acestor metode, sociologia s-a „pozitivat", orientîndu-se din ce în ce mai mult către fapte. Evoluînd odată cu metodele statisticii sociale, metodele sociologice s-au constituit și s-au dezvoltat treptat, ajungîndu-se la constituirea unui complex de asemenea metode : unele de înregistrare și culegere a datelor, altele de prelucrare a acestor date și altele de interpretare.

## 10.4. METODE ȘI TEHNICI SOCIOLOGICE DE RECOLTARE A DATELOR

### 10.4.1. MIJLOACELE PRINCIPALE ALE CERCETĂRII *

În munca de teren, în procesul de recoltare a datelor, a informațiilor, cu privire la realitatea socială, medicul, sociologul dispunea de trei modalități principale : *1.* poate să observe faptele direct, folosind în acest caz *metoda observației sociologice ; 2.* poate să interogheze subiecții asupra unor fapte la care aceștia au participat, sau poate să investi-

* Pentru acest subcapitol să se consulte cursul *„Metode și tehnici de cercetare sociologică"* al lui Petre Cristea de la Catedra de Sociologie a Academiei Ștefan Gheorghiu și îndrumarele metodologice pentru uzul studenților alcătuite de Aculin Cazacu și Ilie Bădescu de la Universitatea București.



Scanned with OKEN Scanner

gheze opiniile lor în legătură cu aceste fapte și în aceste cazuri utilizează *metoda anchetei sociologice ; 3.* în sfîrșit, poate să efectueze analiza unor documente, unor lucrări, chiar a unor obiecte, care consemnează fapte și opinii sociale (analiza unor scrisori, lucrări, statistici, fotografii, documente iconografice, jurnale de însemnări, biografii etc.). În acest ultim caz, utilizează *metoda analizei documentare,* numită în unele cazuri metoda „analizei de conținut".

Toate aceste trei metode care cuprind diferite tehnici, se aplică corelat în cercetarea sociologică, fiind aplicabile :

— unei totalități de subiecți (unui volum global de populație), adică ansamblului de indivizi care alcătuiesc o anumită populație ;

— unui număr redus de subiecți (unui eșantion reprezentativ de indivizi, care reprezintă un model „miniatural" al populației globale) ;

— unui număr și mai redus de subiecți, care sînt „exemplare" tipice și reprezentative pentru întreaga populație a unei colectivități (așa numitul „studiu de caz").

Problemele din domeniul sociologiei medicinei care pot fi abordate cu ajutorul acestor metode sînt numeroase. De exemplu, se pot face cercetări privind : structura și dinamica populației ; fertilitatea, longevitatea și morbiditatea (pe cauze, vîrste, sexe, categorii sociale, venituri, nivel de cultură etc.) ; munca femeii și implicațiile ei ; factorii care influențează sarcina ; dezvoltarea prenatală și postnatală a copiilor ; probleme legate de profilaxia invalidității ; evaluarea și recuperarea capacității de muncă ; orientarea școlară și profesională ; amenajările ergonomice școlare la locurile de muncă ; organizarea timpului liber ; educația sanitară ; serviciile sociale etc.

Metodologia cercetării de sociologie a medicinei este asemănătoare cu metodologia cercetării sociologice generale, fiind adaptată însă unui domeniu special.

Multitudinea faptelor, fenomenelor și proceselor medico-sociale ce pot fi cercetate, determină diferențieri în metodologia aplicată, în raport cu :

*a) scopul urmărit* de cercetare ; alegerea metodelor diferă în funcție de scopul urmărit (cercetare descriptivă, explicativă sau prospectivă) sau de caracterul cercetării (cercetare completă a tuturor aspectelor problemei, sau cercetarea selectivă, numai a unor anumite aspecte) ;

*b) obiectul* (conținutul cercetării) se poate referi la aspectele demografice, la factorii din mediul social care influențează sănătatea sau la activitățile oamenilor, opiniile sau atitudinea lor, de exemplu față de boală, medic etc. ;

*c) aria de extindere* a cercetărilor în raport cu gradul de generalizare dorit determină folosirea unei anumite metodologii în cazul unei cercetări exhaustive, care are o arie mai largă de cuprindere a problemelor de cercetat, dar care permite investigarea doar a anumitor aspecte (de exemplu, cercetarea dinamicii morbidității pe o întreprindere, oraș, județ, etc.). În cazul unei cercetări intensive pe un volum mai restrîns de cazuri, dar care are un caracter mai aprofundat, permițînd analize multifactoriale de fond, metodele, tehnicile și instrumentele de lucru diferă de cele utilizate în cadrul cercetării exhaustive ;



Scanned with OKEN Scanner

*d) sursele de informare* care vor fi folosite, pot fi izvoare documentare, observații directe sau indirecte, chestionare sau interviuri. Folosirea uneia sau a alteia dintre aceste metode de informare sau utilizarea lor combinată depinde de felul și scopul cercetării și mai ales de gradul de profunzime care se urmărește.

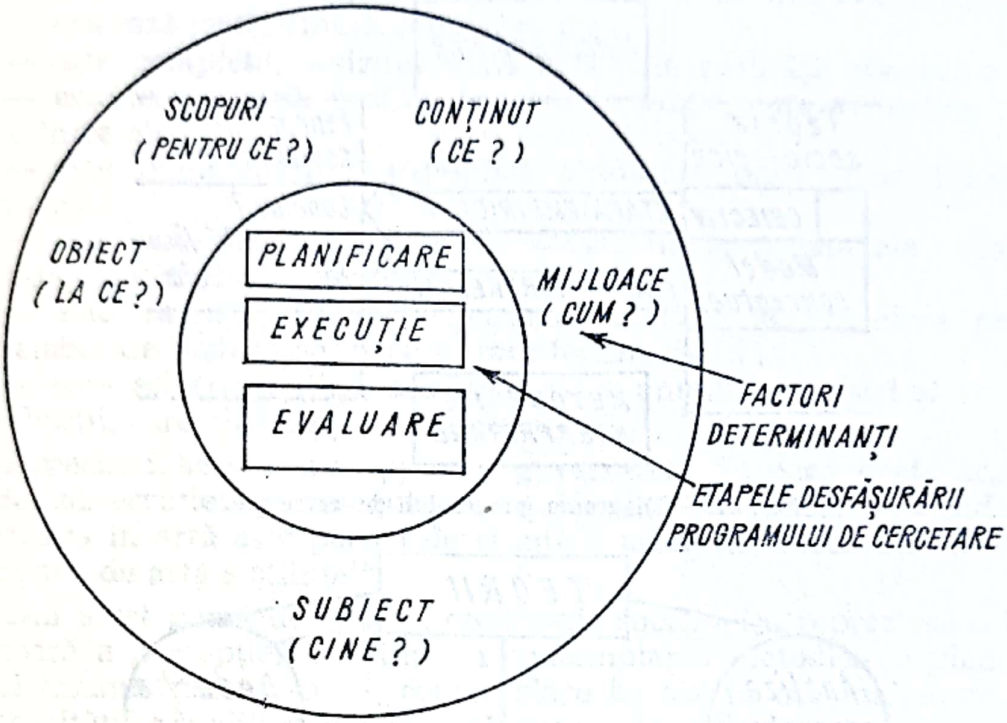



*Fig. 32.* — Etapele dsfășurării unui program de cercetare.

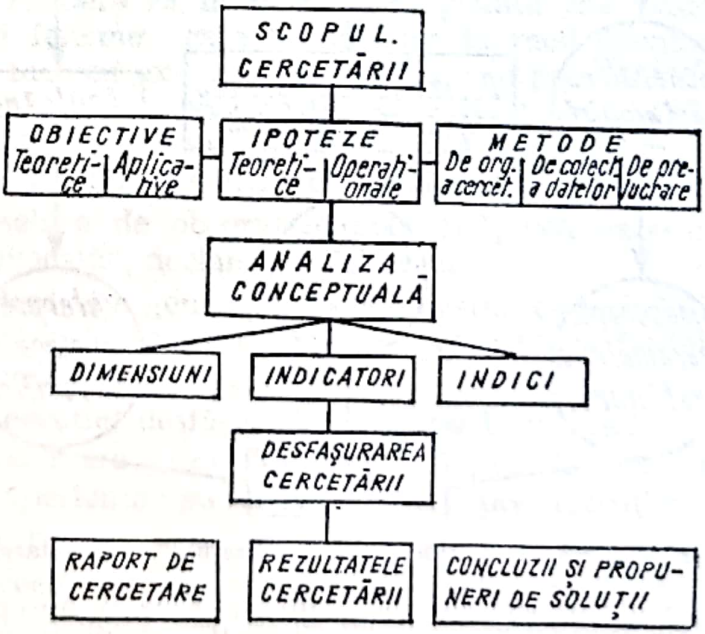



*Fig. 33.* — Etapele cercetării în sociologia medicinei.



Scanned with OKEN Scanner

Metoda observației sociologice este una din cele mai vechi metode (empirice sau științifice), fiind legată permanent de dorința omului de a explica direct fenomenele ce-l înconjură. Oricum, ea a fost și este prezentă în orice știință și în orice formă de cunoaștere a realității.

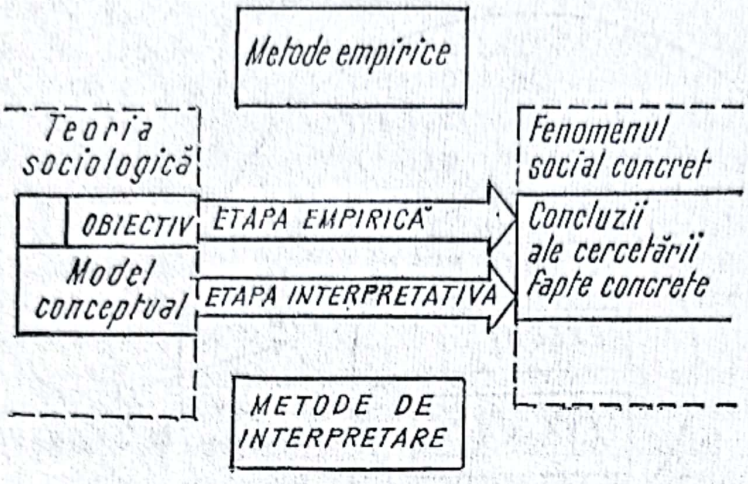



*Fig. 34.* — Diagrama procesului de cercetare.

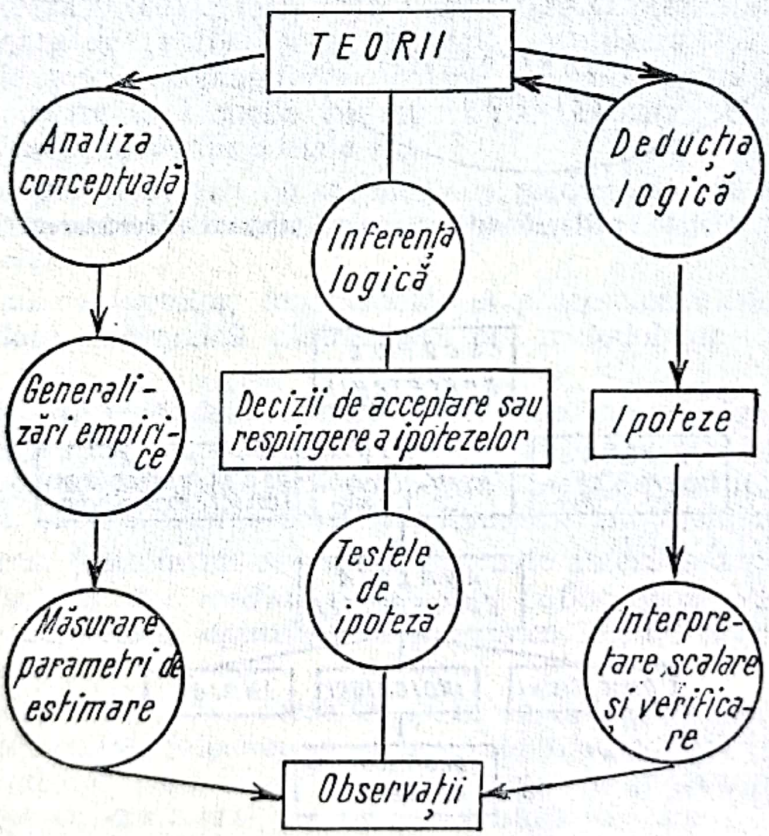



*Fig. 35* — Modelarea cibernetică a procesului de cercetare.

La prima vedere oricine știe cum se face o observație. Trebuie însă precizat, de la început, că observația științifică diferă de cea empirică, prin faptul că presupune îndeplinirea anumitor condiții și reguli



Scanned with OKEN Scanner

metodologice, riguros stabilite. „Observaţia ştiinţifică întrerupe, în anumită măsură, cursul evenimentului real, prin acea că nu se mai lasă practic generată de el, fiind orientată spre *judecată*, care încheie procesul de cunoaştere cu o constatare" (149). Numai supusă controlului ştiinţific observaţia reuşeşte să corespundă criteriilor valabilităţii şi veridicităţii cunoaşterii.

Astfel, observaţia ştiinţifică, spre deosebire de observaţia empirică, se caracterizează prin următoarele trăsături :

— este *completă*, sesizînd toate aspectele realităţii observate ;

— este *sistematică*, desfăşurîndu-se în etape, care se disting metodologic între ele ;

— este *planificată*, presupunînd alcătuirea unui plan iniţial de observare ;

— este *analitică*, depinzînd de trăsăturile esenţiale ale realităţii observate, analizîndu-i „esenţa" ;

— este *intenţională*, presupunînd un scop şi obiective precise, avînd elaborate ipoteze de lucru asupra fenomenului ;

— este *selectivă*, fiind orientată către anumite însuşiri şi trăsături ale realităţii, care alcătuieşte aria observării.

Apreciind aceste condiţii care guvernează întreaga desfăşurare a metodei observaţiei, psihologul român Nicolae Mărgineanu consideră că „observaţia în artă este partea de ştiinţă a artei, iar observaţia în ştiinţă este partea de artă a ştiinţei".

Din acest punct de vedere, observaţia sociologică reprezintă o formă superioară a percepţiei, constînd în contemplarea metodică şi planificată a unui anumit proces social, contemplare bazată în cea mai mare parte pe capacităţile analitice ale cercetătorului. În tratatul său de medicină experimentală, Claude Bernard consideră observaţia ca prima treaptă a oricărei forme de cunoaştere, în care considerăm, evaluăm şi sistematizăm faptele care ne interesează. Făcînd o distincţie între observaţie şi experiment, el considera că în timp ce în primul caz avem de a face cu examenul unui fenomen care se produce în mod spontan, în al doilea caz avem de a face cu examenul unui fenomen provocat de experimentator. Dacă observaţia este percepere, urmărire, consemnare directă a unor fapte, observaţia experimentală nu se limitează numai la perceperea unui fenomen, ci intervine activ în desfăşurarea acestuia, modificîndu-l.

Spre deosebire de observaţia obişnuită, cea experimentală este o observaţie „provocată", declanşată deliberat.

Se consideră, în general, că observaţia experimentală presupune îndeplinirea a trei operaţii principale : cercetarea faptelor ; cercetarea cauzelor şi efectelor, şi proba.

Orice observaţie, desfăşurată chiar pe baza unor criterii ştiinţifice, include totuşi o mare doză de subiectivitate. Ea angajează deopotrivă cunoştinţele, experienţa, subiectivitatea şi prejudecăţile observatorului, făcînd apel la principalele procese senzoriale, la percepţie, atenţie şi memorie. De aceea, este caracterizată ca fiind una din metodele cu caracterul cel mai „personal", pentru că personalitatea observatorului îşi pune de cele mai multe ori amprenta asupra desfăşurării ei. Preocupări pen-



Scanned with OKEN Scanner

tru înlăturarea gradului de subiectivitate s-au înregistrat de foarte multă vreme, numeroşi autori reclamînd necesitatea unei mai bune orientări în acest sens. În „*Novum Organon*", Francis Bacon arată că este necesar ca în orice observaţie făcută asupra realităţii, să avem în vedere înlăturarea prejudecăţilor, a acelor „idoli" ai percepţiei, care duc la erori în cunoaştere.

Printre aceşti idoli Fr. Bacon amintea :

— *idolii tribului*, prejudecată care ne face să reţinem într-o observaţie ceea ce confirmă numai părerile noastre. Darwin considera însă că, în observaţia ştiinţifică trebuie reţinut nu ceea ce confirmă, ci dimpotrivă, ceea ce contrazice părerile noastre ;

— *idolii speciei*, prejudecată conform căreia observăm, în funcţie de temperamentul, firea şi înclinaţiile noastre. Pentru a fi însă cu adevărat ştiinţifică, observaţia trebuie să se desprindă de aceste elemente, impregnate de multă subiectivitate ;

— *idolii forului*, prejudecată prin care considerăm universal-valabile părerile unor experţi. Acest tip de „idoli", cunoscut sub numele de „magister dixit", îngreuiază cunoaşterea şi, în consecinţă, trebuie înlăturat.

Creşterea randamentului observaţiei sociologice presupune astfel, neapărat, înlăturarea subiectivismului observatorului.

Desfăşurîndu-se asupra unei game foarte diverse de procese şi fenomene sociale, observaţia sociologică trebuie orientată cu precădere spre comportamentele şi acţiunile sociale, spre atitudinile unui grup social faţă de alt grup, spre condiţiile care definesc ambianţa diferitelor grupuri sociale.

Orice observaţie sociologică presupune îndeplinirea a două condiţii de bază :

*a)* să nu fie alterată spontaneitatea fenomenului observat printr-o intervenţie în desfăşurarea ei (în sociologie, observaţia experimentală se aplică foarte rar) ;

*b)* să se obţină aşa-numita „obiectivitate" a observaţiei, adică să fie cît mai mult înlăturată subiectivitatea în înregistrarea datelor observaţiei, condiţie care presupune concordanţă între concluziile diferiţilor observatori care au observat acelaşi fenomen.

În afara acestor condiţii există şi alte reguli de desfăşurare a observaţiei sociologice, şi anume :

— integritatea psihică a observatorului (capacitatea deplină prin punctul de vedere al facultăţilor sale senzoriale şi raţionale, de a înregistra în mod corect desfăşurarea fenomenului) ;

— capacitatea de a vedea lucrurile aşa cum sînt, în însemnătatea lor reală şi nu aparentă (a deosebi adevărul de faptul aparent) ;

— necesitatea de a face estimări, aprecieri şi evaluări cît mai exact asupra fenomenului observat. Cunoscutul sociolog polonez J. Szczepánski afirma că „trăsătura fundamentală a metodei observaţiei trebuie să fie întîi precizia observaţiilor, care să permită şi altora să ajungă la concluzii asemănătoare" (29) ;

— necesitatea de a nota imediat faptele observate, pentru că timpul estompează opiniile şi le deformează ;



Scanned with OKEN Scanner

— stabilirea prealabilă a ariei de observat (pentru a putea circumscrie fenomenul în limite precis conturate și astfel, observația să fie cît mai eficace) ;

— respectarea condițiilor obiectivității, exactității, sistematicii și repetării observației în orice împrejurare.

Îndeplinirea tuturor acestor reguli asigură succesul deplin al observației, cu condiția să se aibă în vedere specificitatea obiectului studiat (să nu se confunde, de exemplu, faptele observate cu opiniile despre fapte ale diferiților observatori).

Se consideră, în general, că metoda observației sociologice cuprinde trei probleme principale :

— *problema psihologică a observației,* referitoare la raportul dintre constatările individuale ale unui observator și contextul social căreia îi aparține ;

— *problema semantică a observației,* referitoare la tipul de limbaj utilizat în descrierea evenimentelor, fenomenelor și proceselor sociale ;

— *problema logică a observației,* referitoare la rezultatul acțiunii reciproce dintre sistemul observator și sistemul observat.

Aceste trei probleme, cercetate metodic, dau posibilitatea dezvoltării unei teorii generale a observației sociologice în care să putem include toate elementele enumerate.

*Tehnicile* principale de observație sociologică sînt :

— *observația directă,* în care observatorul este spectator atent al faptelor și fenomenelor sociale ;

— *observația participativă,* în care observatorul este inclus în aria fenomenului observat, preluînd un anumit rol în grupa socială supusă observației ;

— *observația neparticipativă,* în care observatorul nu este inclus în aria fenomenului observat, mulțumindu-se doar să constate faptele, fără să preia vreun rol ;

— *observația experimentală,* în care observatorul devine experimentator, provocînd declanșarea faptelor ;

— *observația clinică,* în care observatorul este terapeut, observînd comportamentul subiecților, dînd în același timp indicații orientative (cazul medicului clinician).

Există alte clasificări ale observației, care nu se referă atît la un gen specific de observație, cît la anumite modalități de observație :

— *observația structurată,* care presupune standardizarea instrumentelor cu ajutorul cărora observăm faptele, fenomenele și procesele sociale. În această tehnică este necesară completarea observației cu teste sociometrice și cu interviuri, de obicei semistandardizate ;

— *observația nestructurată,* care nu presupune o standardizare a instrumentelor, făcînd apel mai mult la „intuiția" și capacitatea de a observa a cercetătorului ;

— *observația intensivă,* „centrată" în general asupra comunităților (grupurilor mici) sau asupra unui număr mic de indivizi, este un tip de observație în profunzime asupra unor grupe numeric reduse de populație ;



Scanned with OKEN Scanner

— *observația extensivă*, desfășurată asupra unor comunități sau grupuri sociale „extinse" ca dimensiune. Se utilizează în acest caz tehnica „eșantionizării" observației ;

— *observația directă*, tip de observație în care sistemul observator ia contact direct cu sistemul observat ;

— *observația indirectă*, identificabilă de fapt cu metoda analizei documentare, cu ajutorul căreia cercetătorul analizează „observațiile" efectuate de alți cercetători, care au consemnat, înregistrat și „fotografiat" fenomenul.

Indiferent de aceste clasificări, reținem caracterul specific al observației, care presupune totdeauna un anumit raport între obiect și subiect, între sistemul supus observației și sistemul observator. Totodată, este necesară completarea metodei observației cu alte metode și tehnici.

Evaluînd caracteristicile acestei metode, avem în vedere atît valoarea, cît și limitele ei.

Din punctul de vedere al valorii metodei, considerăm că, de obicei, are următoarele avantaje :

*a)* valoarea principală a observației sociologice constă în faptul că materialul este luat direct din activitatea omului — ca subiect al relațiilor sociale — astfel că, observînd timp îndelungat, sistematic și repetat același fenomen social, se pot desprinde concluzii importante privitoare la natura și conținutul componentelor sale ;

*b)* observația sociologică asigură o mare varietate de date, surprinzînd situații și evenimente sociale cu conținut foarte divers ;

*c)* permite dezvăluirea așa-numitelor „comportamente latente", potențiale, de care uneori nici subiecții nu sînt conștienți ;

*d)* oferă totodată posibilitatea cercetătorului de a fi direct prezent în cadrul fenomenului, fără a-l sili să-și imagineze o situație care s-a produs, dar la care nu a participat ;

*e)* permite efectuarea unor comparații între un comportament desfășurat în mod real și unul prezentat verbal, de subiect, care bineînțeles va avea tendința să-l prezinte în modul cel mai bun cu putință.

Ca limite :

*a)* faptul presupune multă subiectivitate din partea investigatorului ;

*b)* se surprinde mai mult existența faptelor și mai puțin cauzalitatea lor ;

*c)* fenomenele observabile sînt irepetabile, cercetătorul neputînd solicita repetarea lor ;

*d)* nu pot fi surprinse antecedentele fenomenului observat ;

*e)* datele observației sînt foarte greu de prelucrat, fiind greu de desprins de personalitatea și ideile observatorului.

Datorită acestor nerealizări, metoda observației sociologice trebuie neapărat completată cu alte metode și tehnici de cercetare.

### 10.4.3. METODA ANCHETEI SOCIOLOGICE

Ca metodă de recoltare a datelor sociologice, ancheta sociologică reprezintă modalitatea principală a oricărei investigații cu caracter sociologic.



Scanned with OKEN Scanner

Ancheta sociologică — consideră sociologul J. Leclercq — constituie „procedeul central și principal al cercetării sociale... Caracteristic este faptul că este o cercetare bazată nu pe documente, ca în istorie, ci pe fapte" (26). Se aplică într-o mare varietate de cercetări, avînd scopuri și obiective diferite. Din punct de vedere istoric, ancheta a fost inițial practicată în scopuri practice, de ameliorare a situației unor grupuri din mediul industrial sau rural. O formă specifică a acestei anchete, denumită anchetă socială, este „social survey", care avea scopul să scoată în evidență ansamblul condițiilor de trai ale anumitor pături ale populației (mai ales a celor sărace).

Printre alte tipuri „istorice" de anchetă amintim :

— ancheta *pauperității,* a condițiilor mizere de trai a populației sărace (folosită și de Engels în realizarea lucrării „Situația clasei muncitoare din Anglia") ;

— ancheta *social-guvernamentală,* întreprinsă de administrația unei țări în scopuri de optimizare socială ;

— ancheta *pieței,* întreprinsă în scopul evidențierii raporturilor dintre cerere și oferă (tip de anchetă care a dat naștere ulterior sondajelor „marketing", care cercetează comportamentul și „cererea" sa) ;

— ancheta *audienței,* care sondează gradul de interes al populației în legătură cu anumite emisiuni radio și TV ;

— ancheta *delincvenței juvenile,* care cercetează condițiile, cauzele și efectele infracțiunii tinerilor ;

— ancheta de *opinie* care cercetează opiniile și atitudinile populației în diverse probleme politice, sociale, naționale etc.

În apus, mai ales în S.U.A., s-au desfășurat anchete sociologice, cu scop predominant utilitarist, care au furnizat organelor de decizie diverse informații și au evaluat influența exercitată de diverși factori asupra unui fenomen, factori care pot fi manipulați într-un anumit scop politic. Această tendință de „manipulare", specifică „societății de consum", a adus deservicii cercetării sociologice și, în general, științei sociologice, acuzată de empirism. Trebuie evidențiat însă că, aplicată în condiții riguros științifice, metoda anchetei sociologice duce la rezultate valabile, înregistrînd date semnificative asupra realității sociale.

Ca tipuri deosebite de anchetă se consideră de obicei :

*a) sondajul de opinie,* formă de anchetă care stabilește opinia unei întregi populații, limitînd-o la un anumit număr de persoane. Această formă de anchetă este realizată în occident de diferitele instituții de sondaj al opiniei publice (exemplu, „Gallup" — S.U.A.) ;

*b) monografia,* formă de anchetă aprofundată asupra unei colectivități restrînse, abordată din toate punctele ei de vedere, constituie o metodă inaugurată de Le Play, care, întemeind „monografiile de familie" cerceta într-o familie : religia, regulile morale, istoricul, mijloacele de trai, veniturile și cheltuielile etc.

Scopul oricărei anchete este fie să *descrie* o situație de fapt (să furnizeze informații și date mai puțin cunoscute), fie să *explice* evenimente sociale, contribuind la înțelegerea lor. Ancheta asigură deci realizarea celor două dimensiuni funcționale ale oricărei cercetări sociologice : dimensiunea expozitivă (descriptivă) și cea cauzală (explicativă).

În realizarea unei anchete sociologice distingem diferite etape :



Scanned with OKEN Scanner

*a) alegerea temei de cercetare,* etapă importantă a desfăşurării anchetei, care presupune îndeplinirea anumitor condiţii :

— trebuie alese numai teme importante, care justifică iniţierea anchetei ;

— trebuie ca tema aleasă să poată fi realizată cu mijloacele şi resursele noastre ; de aceea, trebuie redusă la proporţii modeste ;

— trebuie ca tema aleasă să nu dubleze alte teme, care au constituit obiectul aceleiaşi cercetări ;

*b) analiza iniţială* este cea mai importantă etapă a anchetei, deoarece în cadrul ei are loc stabilirea scopurilor, obiectivelor şi ipotezelor anchetei, adică planificarea propriu-zisă a cercetării. De exemplu, dacă se urmăreşte cercetarea condiţiilor de viaţă ale unor bolnavi de tuberculoză, este necesar să se precizeze ce aspecte din condiţiile lor de viaţă vor fi cercetate (condiţiile de locuit, alimentaţie, veniturile şi cheltuielile sînt, de plidă, numai cîteva aspecte care fac parte din condiţiile de viaţă). Precizarea obiectivelor determină totodată şi stabilirea colectivului de cercetare — constituit din anumiţi specialişti — în funcţie de problemele de studiu ;

*c) stabilirea eşantionului de populaţie* asupra căreia se face cercetarea şi care diferă de la caz la caz, în funcţie de obiectivele anchetei. Această etapă impune totodată stabilirea ariei de cuprindere a cercetării, adică a limitelor ei geografice, demografice etc. Trebuie să se precizeze lotul de cercetare, care poate să cuprindă o colectivitate integrală sau numai un eşantion dintr-o colectivitate, pentru a cărei selecţionare trebuie să se respecte anumite reguli. Astfel, trebuie precizată mărimea eşantionului, respectiv numărul de subiecţi sau de unităţi sanitare (circumscripţii sanitare, spitale etc.) care vor fi cuprinse în cercetare, număr care determină volumul de muncă şi care trebuie corelat cu posibilităţile materiale (aparatură, cadre) şi disponibilităţile de timp pentru efectuarea cercetării ;

*d) alegerea instrumentelor de lucru,* etapă în care stabilim uneltele şi procedeele cu ajutorul cărora putem culege datele necesare. Se poate stabili astfel ca ancheta să se desfăşoare pe baza folosirii unui chestionar, a unor formulare statistice, a unor îndrumătoare de convorbire etc. De exemplu, cercetarea opiniei publice asupra modului de îngrijire medicală solicită utilizarea unui chestionar de opinie, în timp ce pentru cercetarea unor aspecte legate de relaţia medic-pacient, tehnica interviului este cea mai potrivită ;

*e) preancheta (ancheta pilot),* etapă care are scopul să valideze ipotezele elaborate (infirmîndu-le sau confirmîndu-le), să verifice *calitatea instrumentelor* de lucru şi să postuleze cantitatea de nonrăspunsuri care pot fi obţinute în cursul anchetei. Preancheta este absolut necesară ; cu ajutorul ei putem evita eventualele erori în alcătuirea chestionarelor şi alegerea temei, ceea ce ne scuteşte de un efort material şi financiar suplimentar. Pe baza ei pot fi perfecţionate tematica şi instrumentele de lucru, putîndu-se trece la elaborarea activităţii de cercetare ;

*f) ancheta propriu-zisă,* etapă corespunzînd muncii de teren, strîngerii datelor şi informaţilor cu caracter sociologic ;



Scanned with OKEN Scanner

*g) prelucrarea datelor* constă în analiza răspunsurilor primite, în prelucrarea lor (așa-numita „despuiere" a anchetei), în cadrul unor tabele statistice ;

*h) interpretarea datelor* este etapa explicării fenomenului social abordat, pe baza analizării datelor, etapă încheiată prin redactarea unei lucrări (raport de anchetă), care conține propuneri și soluții.

Desfășurarea progresivă, graduală a acestor etape, dă posibilitatea îndeplinirii funcțiilor de bază ale sociologiei, ale oricărei investigații sociologice : funcția constatativă (expozitivă) ; funcția explicativă ; funcția critică ; funcția practică și *funcția prospectivă (prognostică).*

Ca metodă principală de culegere a datelor sociologice, ancheta folosește două tehnici principale : *interviul* și *chestionarul.*

10.4.3.1. *Interviul sociologic.* Este considerat de unii autori ca instrumentul cel mai important de culegere a datelor sociologice. Cunoscutul metodolog german R. König, apreciază interviul drept calea principală a cercetării sociale practice (149).

Importanța reiese, pe de o parte din frecvența utilizării sale, în întinderea și diversitatea problemelor obiective cercetate, iar pe de altă parte, din faptul că nici o altă tehnică nu a favorizat atît de mult dezvoltarea sociologiei, ca știință empirică.

Ca tehnică a anchetei, interviul reprezintă o formă de interogare nemijlocită a subiecților, constituind el însuși o „relație socială", o „relație interroluri" sau o „interacțiune socială", în cadrul cărora pot fi observate moduri generale și tipice de comportament. Orice interviu se constituie pe baza unor raporturi verbale între un sistem interogator și altul interogat (relația sistemul-răspuns), în care primul (cercetătorul) are un comportament activ, iar al doilea (intervievatul) un comportament mai mult sau mai puțin pasiv.

Cercetătorul pune întrebări și studiază reacțiile verbale, comportamentul intervievatului, iar acesta își asumă rolul unei persoane care dă informații. De aceea, unii autori clasifică interviul în cadrul tehnicilor de observație, în măsura în care cercetătorul înregistrează nu numai răspunsurile la întrebări, dar și reacțiile comportamentale ale intervievatului.

Interviul se aplică într-o mare varietate de cazuri, domeniul cel mai frecvent abordat fiind cel al atitudinilor, opiniilor și comportamentului indivizilor, în raport cu diferite situații sociale. Chiar și atunci cînd obiectivele cercetării presupun o informație care depășește mijloacele (cunoștințele) obiectivului, interviul este adesea un mijloc eficace de obținere a datelor dorite.

Domeniile cele mai generale în care se aplică interviul sînt cele care presupun constituirea unei relații directe, „intime", între subiect și obiect. Printre aceste domenii se numără : cercetarea științifică ; practica ziaristică ; practica judiciară și activitatea medicală.

În raport cu fiecare din aceste domenii, interviul are o aplicare diferențiată.

În legătură cu particularitățile de utilizare, există două forme de interviu :

*a)* de cercetare (aplicat în cercetarea sociologică) ;

*b)* propriu-zis (aplicat în alte domenii, mai ales în cadrul ziaristicii).



Scanned with OKEN Scanner

Interviul de cercetare a fost utilizat inițial în psihoterapie, testînd aptitudinile și capacitățile diferiților profesioniști. Ulterior, această formă de interviu a fost preluată în cadrul anchetelor psiho-sociale de opinie, care avea ca scop obținerea unor informații legate de atitudinile și opiniile indivizilor în raport cu diferitele probleme sociale.

În prezent, interviul de cercetare este considerat din ce în ce mai mult ca un instrument de pătrundere în domeniul atitudinii și înțelegerii comportamentului oamenilor în activitatea profesională. Astfel, orice interviu este un proces de comunicare, un dialog între doi termeni : unul care solicită și unul care furnizează informații. În acest proces de comunicare există o dublă relație : univocă (de la cercetător la subiect) și informativă (care furnizează date, opinii și aprecieri).

Ca și alte metode și tehnici, interviul nu poate fi identic în toate situațiile : condițiile de aplicare diferă de la caz la caz, în funcție de tema de cercetare.

Tehnica aplicării interviului depinde de numeroși factori, printre care se numără : etapa de cercetare ; obiectivele cercetării ; caracterul (aplicativ sau fundamental) al cercetării și estimarea volumului de informații necesare.

În general, se consideră că există două tipuri principale de interviuri :

— care acordă libertate maximă cercetătorului în formularea întrebărilor, ca și subiectului, în furnizarea răspunsurilor (interviul liber sau neformal) ;

— care include întrebări standardizate, pentru obținerea unor informații cu caracter cantitativ, comparabil (interviu formalizat).

În funcție de modalitățile tehnice de aplicare, interviurile pot să fie de tipuri diferite :

*a) clinic,* folosit de obicei în psihiatrie, în psihanalizele care se fac bolnavilor ;

*b) în profunzime,* utilizat de obicei în cazul sondării unor opinii care se pot ascunde în spatele răspunsurilor formulate. Își propune o investigație intensivă a opiniilor, a comportamentelor și a motivațiilor care stau la baza lor ;

*c) centrat* (sau focalizat), formă de interviu axat pe o temă mai restrînsă, care urmează să fie studiată intensiv ;

*d) cu răspunsuri libere,* formă de interviu axat pe o temă mai largă și în care întrebările se succed de la cele mai generale la cele mai specifice, dînd posibilitatea subiectului să dezvolte tema pe larg ;

*e) cu întrebări deschise,* interviu axat pe o tematică dată, permițînd anchetatorului să formuleze întrebările și să revină asupra lor ;

*f) cu întrebări închise,* formă de interviu standardizat, cuprinzînd întrebări precodificate.

În general, într-o anchetă pe bază de interviu, se recomandă de la început aplicarea interviului nedirijat, după care se va trece la îmbinarea unor forme structurate (formalizate) cu altele nestructurate (neformalizate).

Ca reguli generale de aplicare a oricărei forme de interviu, se consideră în general :

*a)* stabilirea, delimitarea și precizarea temelor care urmează să



Scanned with OKEN Scanner

fie discutate (documentarea, elaborarea problemelor și fixarea lor prin fișe sau chestionare) ;

*b)* alegerea locului unde se va desfășura interviul (ambianța reprezintă o condiție principală, care favorizează sinceritatea și autenticitatea răspunsurilor) ;

*c)* desfășurarea propriu-zisă a interviului, înainte de care se explică subiectului : scopul cercetării ; de ce a fost ales ca subiect ; importanța informațiilor obținute și garantarea anonimatului informațiilor.

Interviul are o mare valoare cognitivă, permițind dezvăluirea tuturor factorilor obiectivi și subiectivi care influențează un fenomen. În raport cu limitele sale, trebuie să se aibă în vedere specificul său, în măsura în care orice formă de interviu investighează subiectivitatea umană.

De aceea, R. König recomandă ca în final, în orice formă de interviu, să se treacă la așa-numita *demonstrație de valabilitate,* adică la confruntarea părerilor subiecților anchetați cu părerile altor subiecți și cu faptele la care se referă.

Pornind de la caracteristicile interviului, unii autori consideră că, adiacent acestuia există alte trei forme : *convorbirea, consultația* și *îndrumarea,* a căror aplicare diferă cu obiectivele cercetării și cu subiectul interogării.

În cazul sociologiei medicinei, convorbirea cu bolnavii cuprinde de obicei cîteva etape, în care se utilizează anumite tehnici de interviu, în raport cu particularitățile situației. Astfel, la începutul și sfîrșitul întrevederii se procedează la așa-numita *convorbire liberă,* care constă în exprimarea formulelor convenționale de politeţe, pentru crearea unui climat de apropiere cu bolnavul și de încredere din partea acestuia, pentru a răspunde corect la întrebare.

În continuare, se aplică tehnica *convorbirii provocate,* cînd conversația se îndreaptă spre scopul întrevederii, iar bolnavul este pus în situația să expună singur răspunsul la întrebarea pusă. Depinde de îndemînarea celui ce efectuează interviul, pentru a crea condițiile afective care să pună pe bolnav în situația de a expune date sincere, veridice și concludente.

Deoarece se întîmplă rar ca cineva să poată face singur o anumită expunere, cu toate elementele necesare, convorbirea poate căpăta caracterul unei *convorbiri dirijate,* prin intervenția directă a celui ce primește informațiile, cu întrebări sau comentarii scurte în scopul convorbirii provocate, pentru a dirija astfel pe bolnav să abordeze elementele necesare elucidării problemei.

În cadrul convorbirilor dirijate, de o deosebită importanță este formularea întrebărilor, care trebuie să fie puse cît mai precis și sistematic, să nu sugereze răspunsul și să permită răspunsuri clare și la obiect.

În decursul unei întrevederi se utilizează în general mai multe tipuri de convorbiri, între ele existînd o trecere gradată și depinde de abilitatea și tehnica celui ce dirijează convorbirea, ca și de psihologia bolnavului, pentru ca trecerea de la un tip de convorbire la altul să se facă mai repede sau mai încet.



Scanned with OKEN Scanner

În timpul întrevederii pot fi făcute observații directe sau indirecte asupra bolnavului, care pot să completeze relațiile date sau, mai precis, pot să contribuie la aprecierea valorii lor din punctul de vedere al exactității. Astfel, este necesar să se observe gesturile, respectiv mișcările corpului, ale mîinilor, ale ochilor, mimica, starea de tensiune sau de destindere, care trebuie înregistrate continuu și apreciate comparativ între începutul și sfîrșitul întrevederii. Aceste gesturi pot sugera încredere, furie, neliniște, indiferență etc.

Pentru aprecierea valorii informației este necesar să se facă aprecieri și asupra altor aspecte, care influențează autenticitatea datelor expuse, ca de exemplu : vîrsta și starea mentală a informatorului, relațiile dintre informator și cazul relatat, ținuta și prezentarea vestimentară etc.

10.4.3.2. *Chestionarul sociologic.* Spre deosebire de interviu, chestionarul se distinge prin caracterul scris al întrebărilor pe care le conține. Un chestionar constă în întrebări cu caracter standardizat, care permit obținerea unor răspunsuri identice și, din acest punct de vedere, poate fi aplicat unei mari mase de indivizi.

Pornind de la analiza caracteristicilor lor de aplicare, unii autori fac o distincție între *formular* (completat de operatorul de anchetă) și *chestionar* (completat chiar de persoana anchetată).

Cele mai multe anchete folosesc chestionarul și de aceea se poate considera că acesta reprezintă tehnica cu cea mai largă aplicabilitate în cazul cercetării sociologice. Ancheta pe bază de chestionar presupune realizarea mai multor etape, care se desfășoară astfel :

— definirea obiectului cercetări (a obiectivelor acestuia) ;
— preancheta (prepararea generală a cercetării) ;
— determinarea ipotezelor de lucru ;
— determinarea „universului" (populației) și a eșantionului ;
— redactarea proiectului de chestionar ;
— pretestarea sau verificarea valabilității chestionarului ;
— redactarea definitivă a chestionarului ;
— instruirea operatorilor care asigură aplicarea lui ;
— „despuierea" informațiilor obținute ;
— analiza rezultatelor, în raport direct cu obiectivele cercetării.

*Definirea obiectului cercetării.* Într-o anchetă pe bază de chestionar, în primul rînd trebuie dezvoltată o problemă practică. De aceea, de la început trebuie precizat scopul urmărit, care se stabilește pe baza estimării mijloacelor, a obiectivelor urmărite și a „întinderii" cercetării (a gradului ei de extensie în cadrul unor grupe de populație).

Definirea obiectivelor unei asemenea cercetări este însă imposibilă fără definirea generală a unor *ipoteze teoretice* și a altora cu caracter operațional (de lucru).

Pentru a construi un chestionar este nevoie de ipoteze, pentru că de fapt orice întrebare urmărește obținerea unui anumit tip de răspuns, mai mult sau mai puțin scontat. Astfel, răspunsurile pe care le elaborăm anticipat, corespund unei anumite ipoteze, care poate fi confirmată sau dimpotrivă, infirmată.



Scanned with OKEN Scanner

De exemplu, într-un chestionar adresat medicilor de întreprindere și care cercetează cauzele accidentelor de muncă, una din întrebări poate fi formulată astfel : „Cînd un accident de muncă afectează pe unul din muncitori, ce măsuri luați pentru ca această situație să nu se mai repete ?“

Această întrebare poate să aibă prevăzute diferite răspunsuri :

— consemnați accidentul în fișele medicale ;
— sesizați direcția întreprinderii ;
— căutați forme de securitate mai eficiente ;
— nu întreprindeți nimic.

Se înțelege că fiecare din aceste răspunsuri conține o anumită ipoteză despre ceea ce credem noi că se întîmplă în acel caz.

Ipotezele dau sens chestionarului și-l orientează către obiectivele cercetării.

*Preancheta* are ca scop determinarea ipotezelor cercetării și, ca urmare, a obiectivelor acesteia. Este de fapt faza „preparatorie“ a cercetării, faza în care se explorează terenul, pentru a culege ipoteze inițiale. Desfășurarea ei are loc pe baza aplicării unor metode și tehnici complementare chestionarului, cele mai obișnuite fiind :

— *analiza documentară* (utilizarea documentației asupra temei care interesează cercetarea) ;
— *discuțiile de grup* (convorbirile cu persoane ale unui grup, care cunosc tema ce ne interesează) ;
— *interviul liber* (prin care solicităm subiecților informații în legătură cu această temă).

Sinteza finală a preanchetei oferă posibilitatea „decantării“ și formulării acelor întrebări care, în raport cu obiectivele cercetării se vădesc a fi cele mai semnificative.

*Determinarea „universului“ (populației) cercetării și a eșantionului.* Universul (populația) cercetat reprezintă un ansamblu de oameni, diferiți prin anumite caracteristici sociale și care fac parte dintr-un anumit grup social. În S.U.A., de exemplu, Institutul de opinie publică „Gallup“ folosește corpul electoral ca univers al sondajelor sale de opinie. În orice cercetare trebuie definit în mod precis acest univers al populației, pentru a se putea obține informații precise și riguroase. Dacă, de exemplu, dorim să facem o cercetare asupra „cadrelor medii“ din unitățile sanitare, trebuie să precizăm de la început ce înseamnă „cadru mediu“ și care sînt indivizii care pot fi incluși în această categorie profesională. Ca urmare, universul cercetării se definește prin enumerarea caracteristicilor obiective și subiective ale populației pe care o include.

Deoarece acest univers de populație poate să fie foarte larg și cercetarea nu poate să cuprindă pe toți indivizii care îl alcătuiesc, în marea majoritate a cazurilor se folosește metoda alcătuirii unor *eșantioane reprezentative*, cînd problema de bază constă în asigurarea *reprezentativității*, adică a asigurării unei asemenea compoziții a populației, care să garanteze valabilitatea generalizărilor ulterioare.

Orice eșantion este un model „miniatural“ de populație, care asigură reprezentarea la o anumită scară (de generalitate, de mărime) a caracteristicilor generale ale populației globale.



Scanned with OKEN Scanner

Există mai multe procedee de eşantionare, dintre care mai importante sînt :

— *eşantionarea aleatorie,* în cadrul căreia fiecare unitate de populaţie (individ) are exact aceleaşi şanse de a fi aleasă, ca şi celelalte unităţi. De exemplu, în cadrul unei liste nominale a unui spital, putem alege pe fiecare al 5-lea bolnav, care să reprezinte pe unul dintre membrii eşantionului ;

— *eşantioane pe „cote"*, în cadrul căreia indivizii au unele caracteristici (sex, vîrstă, profesie, instrucţie, condiţii de locuit etc.), care, în ansamblul eşantionului au procentaj similar cu cel al caracteristicilor universului de populaţie (populaţiei globale).

De exemplu, într-o cercetare efectuată asupra medicilor din Capitală, se poate alcătui un eşantion, în care indivizii să fie definiţi printr-un asemenea procentaj de caracteristici, identic cu cel al caracteristicilor tuturor medicilor din Capitală ; dacă în Capitală numărul medicilor de sex feminin reprezintă 45% din totalul lor, eşantionul va trebui să cuprindă medici într-o proporţie în care 45% să fie de sexul feminin ş.a.m.d. ;

— *eşantionul panel,* o formă de eşantionare fixă, servind ca bază pentru anchete consecutive, care se repetă la intervale regulate.

*Redactarea proiectului de chestionar* se desfăşoară în etape, care se pot formula astfel :

— *punerea în pagină.* Orice chestionar trebuie să permită în final „despuierea", „decodificarea" răspunsurilor şi „tabelarea" (trecerea răspunsurilor în tabele statistice). De aceea, grija pentru aceste operaţii finale trebuie să reţină de la început atenţia, prin organizarea lor judicioasă şi prezentarea materială ordonată a chestionarului ;

— *alegerea caracteristicilor tipografice,* cerinţă care asigură o mai bună înţelegere a sensului întrebărilor, prin „spaţializarea" lor, punerea ordonată în pagină, calibrarea titlurilor, distribuţia caracterelor italice prin explicaţiile asupra modului în care să se răspundă corect la o anumită întrebare etc., explicaţiile suplimentare, codurile folosite etc. ;

— *alegerea tipurilor de întrebări.* Orice chestionar utilizează de obicei întrebări „închise" (standardizate), la care se aşteaptă un anumit număr de răspunsuri. De exemplu, există întrebări dihotomice, la care nu se aşteaptă decît două răspunsuri : „da" sau „nu".

În cercetarea unor probleme la care nu se poate sconta un răspuns precis, pot fi utilizate şi întrebări „deschise", care dau posibilitatea subiectului să dea şi alte răspunsuri, imprevizibile.

*Redactarea definitivă a chestionarului* urmează imediat formulării chestionarului, adică aplicării iniţiale pe teren, pentru a se putea face proba valabilităţii acestuia ca instrument. În această etapă chestionarul se definitivează, adică i se adaugă anumite întrebări apărute în cursul prestării, sau i se scot altele care nu s-au verificat în practică ş.a.m.d.

Odată această etapă definitivată, se trece la aplicarea pe teren, nu înainte însă de a desfăşura instructajul operatorilor, adică de a se da explicaţii amănunţite asupra modului de utilizare celor ce-l aplică.

*„Despuierea" răspunsurilor* constă în prelucrarea răspunsurilor primite şi în consemnarea lor în tabele statistice, etapă care se realizează cel mai adesea cu ajutorul metodelor matematice, statistice şi ciberne-



Scanned with OKEN Scanner

tice, pentru a se putea desprinde formele de distribuție a frecvenței răspunsurilor, mediile statistice, modurile de corelație a indicatorilor și pentru a se putea realiza tehnicile de reprezentare grafică. În acest scop calculatorul electronic aduce contribuții importante, mai ales cînd numărul de cazuri cercetate este prea mare, depășind mijloacele și posibilitățile de analiză.

*Interpretarea rezultatelor.* Odată aceste etape realizate, se poate trece la interpretarea analitică a rezultatelor obținute, la comentarea fenomenului, care se conturează din răspunsurile primite.

La sfîrșitul acestor etape se redactează un raport de cercetare, care, în afara interpretării propriu-zise, a explicațiilor asupra fenomenului, cuprinde propuneri și sugestii de îmbunătățire a problemei care a constituit obiectul central al cercetării.

În raport cu posibilitățile de obținere cu ajutorul chestionarului a unui anumit tip de informații, trebuie ținut seama de faptul că orice chestionar surprinde de obicei opinii despre fapte și mai puțin faptele ca atare. Chestionarul aplicat unei mase de subiecți ne dă o imagine asupra modului în care aceștia văd problema, dar în măsura în care o opinie nu este totdeauna adevărată, trebuie știut că aceste date nu asigură totdeauna autenticitatea faptelor.

O altă problemă care apare în cursul aplicării unui chestionar se referă la tipul de întrebări utilizate și la forma lor de alcătuire. Ca tipuri principale de întrebări, semnalăm :

— întrebări „obiective" (factuale), care solicită subiecților date asupra caracteristicilor lor individuale (sex, vîrstă, instrucție, profesie etc.) ;

— întrebări de „cunoștință", care solicită subiecților informații asupra unor fapte la care aceștia au participat sau pe care le cunosc din experiența lor personală ;

— întrebări de „opinie", care solicită opinii în legătură cu anumite fapte ;

— întrebări „proiective", care solicită subiecților să furnizeze informații în legătură cu comportamente viitoare, „potențiale" (de exemplu : „ce ați face, cum ați proceda în împrejurarea X ?").

În legătură cu formularea acestor întrebări, cele mai frecvente nelămuriri care planează asupra unui tip de chestionar sînt :

— ambiguitatea (formularea neclară a întrebării) ;

— tendențiozitatea (caracterul „tendențios" orientat al întrebării) ;

— prezumtivitatea (caracterul „prezumtiv" al întrebării către răspunsul dorit de cercetător, dar contrazis de fapte) ;

— personalizarea (caracterul prea „intim" al întrebării și care poate jigni susceptibilitatea subiectului).

În raport cu aceste deformări trebuie ținut seama că orice chestionar, pentru a fi precis, trebuie să fie alcătuit pe baza unor reguli și condiții metodologice exacte, care să asigure fidelitatea răspunsurilor și respectiv, succesul cercetării.



25 c. — 167 39

Scanned with OKEN Scanner

### 10.4.4. METODA ANALIZEI DOCUMENTARE

*a) Caracteristici generale și obiect de aplicare.* Metoda analizei documentare este utilizată de foarte multă vreme și a fost aplicată nu numai în sociologie, ci și în cazul altor științe. În sociologie, această metodă face parte din metodele de *observație indirectă,* deoarece prin intermediul analizei diferitelor tipuri de documente cercetătorul poate să surprindă observațiile făcute de alte persoane în legătură cu fenomenul, desprinzîndu-i esența.

Printre tipurile de documente abordate cu această metodă, se numără :

— *documente personale* (arhivele personalității), adică documentele cu caracter strict personal, care consemnează fapte și opinii ale unor personalități, fotografii, autobiografii etc. ;

— *arhive oficiale* (documente care se referă la activitatea unei organizații sau instituții și care consemnează fapte sau acțiuni ale acestora) ;

— *documente „indirecte"*, care evidențiază procesualitatea, caracterul tipic al unui anumit fenomen social (publicitatea sub diferitele ei forme : comercială, politică sau literatură ; anuarele, biografiile, operele literare etc.) ;

— *documentele „cifrice"* (statisticile), care conțin date cantitative asupra unor grupe de populație (recensăminte, cercetări statistice etc.).

Dat fiind conținutul lor preponderent nematematic (cu excepția documentelor „cifrice"), analiza acestor documente face parte, de obicei, din metodele „calitative", care pun un accent important pe intuiția, pe capacitățile și experiența personală ale cercetătorului.

Aplicată în domeniul comunicării de masă *(mass-media)* metoda analizei documentare a dat naștere așa-numitei „analize de conținut", metodă generală de determinare și evaluare a oricărei comunicații.

*b) Metoda analizei de conținut.* Utilizată după anul 1920 de studenții în ziaristică și filologie, apoi de sociologi, mai tîrziu, în timpul celui de al doilea război mondial, a fost dezvoltată în analiza opiniei publice de sociologul Laswell, care a elaborat o schemă standardizată a oricărei forme de comunicație :

— cine comunică ?
— ce comunică ?
— cui comunică ?
— cu ce mijloace comunică ?
— cu ce efecte ?

În timpul celui de al doilea război mondial, această tehnică a fost fundamentată, prin crearea în S.U.A. a unui organ specializat, destinat studiului presei și propagandei inamice, pentru obținerea informațiilor privind situația și opinia populației din aceste țări.

În prezent, această metodă a devenit o modalitate standardizată pentru descrierea *obiectivă* (pe baza unor reguli precise), *sistematică* (conform unui plan precis) și *cantitativă* (prin calculul frecvenței unor cuvinte și teme) a unui mesaj.

Aplicabilă în studiul sociologic al operelor literare, în analiza presei și în diferite alte domenii, se consideră că are, în general, următoarele direcții de aplicare :



Scanned with OKEN Scanner

— depistarea modificărilor survenite în decursul timpului în conținutul unor ziare, filme, reviste, emisiuni radio și TV (ce teme sînt reluate sau înlăturate, omise sau ignorate) ;

— depistarea direcției și distanței de difuzare a unui material de *mass-media* ;

— analiza relației dintre mesaj și realitate la care se referă mesajul ;

— compatibilitatea mesajului cu normele și standardele considerate acceptabile sau nu din punct de vedere social ;

— studiul altor domenii decît mesajul *mass-media* (documente oficiale, acte etc.).

Ca etapă de desfășurare, analiza de conținut include :

*a) formularea problemei,* care presupune îndeplinirea a trei condiții :

— cantitatea textelor alese să fie suficient de mare și de reprezentativă, pentru ca rezultatele să fie semnificative ;

— populația textelor să fie precis definită și delimitată ;

— mijloacele de expresie, ca obiect de analiză, să fie expresia naturală, reală a problemei care se pune ;

*b) stabilirea ipotezelor,* etapă bazată pe experiența analistului, dar și pe lectura atentă a textului, care dă posibilitatea „explorării" anticipate a fenomenului ;

*c) stabilirea categoriilor,* etapă în care stabilim „rubricile", în funcție de care conținutul va fi clasat, ordonat și evaluat. Aceste categorii pot fi etice, valorice, normative, politice etc. ;

*d) descompunerea categoriilor în indicatori,* etapă în care detaliem categoriile în elemente și mai analitice. De exemplu, categoria „scopuri-dorințe" a personajelor de film poate fi descompusă în indicatorii : dragoste, securitate, bani etc. ;

*e) alegerea unităților de analiză,* adică a acelor elemente în care este inclus mesajul (spații publicistice : cuvinte, fraze, paragrafe, teme, durata unei emisiuni etc.).

În general, în orice analiză de conținut studiem atît caracteristicile propriu-zise ale mesajului, cît și pe cele ale emițătorului (ale celui care le-a elaborat). Complementar acestei metode, se poate efectua o anchetă de opinie (sau de „audiență") în rîndul populației, care să ia în considerație caracteristicile grupurilor de persoane cărora le este adresat mesajul și efectele mesajului asupra acestora.

*

În raport cu aplicarea tuturor acestor metode sociologice are loc dezvoltarea procesului de cercetare sociologică, proces care presupune trecerea prin anumite etape. Astfel, pe parcursul aplicării fiecăreia dintre cele trei metode enunțate, are loc o trecere de la *faza descriptivă* (în care punem problemei sociale cercetate un diagnostic nosologic) spre o *fază explicativă* (în care are loc punerea diagnosticului *etiologic)* ; de la constatarea faptelor trecem la explicarea lor.

Respectarea tuturor indicațiilor și regulilor metodologice asigură pe de o parte *validitatea* instrumentelor de cercetare, iar pe de altă



Scanned with OKEN Scanner

parte, garantează *valabilitatea* concluziilor enunțate, contribuind la îndeplinirea celor cinci funcții de bază ale oricărei cunoașteri cu caracter sociologic : *constatativă, explicativă, critică, prospectivă* și *prognostică* (fig. 36).

## 10.5. METODE ȘI TEHNICI COMPLEMENTARE UTILIZATE ÎN DOMENIUL SOCIOLOGIEI MEDICINEI

În afara metodelor și tehnicilor de natură strict sociologică, în domeniul sociologiei medicinei pot fi utilizate metodologii complementare, împrumutate din domeniul celorlalte științe și discipline sociale sau medicale. Vom aminti dintre ele numai pe cele mai importante și care au fost utilizate în cercetările desfășurate în ultimii ani în țara noastră sau peste hotare.

### 10.5.1. INVESTIGAȚIA SOCIALĂ ÎN DOMENIUL MEDICINEI

Investigația socială constituie o metodă necesară stabilirii diagnosticului și tratamentului medical și care diferă de investigația sociologică atît prin scopurile ei specializate, nemijlocit medicale, cît și prin metodele ei de realizare. Ea are multiple scopuri, realizîndu-se fie sub forma unor anchete sociale de caz, care pot constitui surse de documentare în studiul numeroaselor aspecte legate de cauzele și efectele unor boli, fie sub forma unor cercetări cu scop de monografie pe probleme, de exemplu, studii privind natalitatea, morbiditatea prin anumite afecțiuni, organizarea sanitară sub aspect legislativ și instituțional etc.

În acest scop de investigație, informațiile privind condițiile de viață permit medicului să cunoască interrelațiile dintre condițiile de viață și de boală, respectiv factorii sociali care au favorizat apariția procesului morbid și evoluția acestuia precum și implicațiile pe care boala le-a creat în mediul în care trăiește bolnavul sau deficientul și care ar putea influența evoluția bolii și eficacitatea tratamentului.

Astfel, pentru diagnosticul clinic, investigația socială, efectuată prin anchete sociale la domiciliul și la locul de muncă al bolnavului, poate fi utilă în obiectivarea multor date de analiză clinică și stare prezentă. Compararea unor acuze subiective ale bolnavului cu informațiile obținute din familie sau de la locul de muncă, conduce la o apreciere mai exactă a informațiilor date de bolnavi, mai ales de cei cu afecțiuni neuropsihice, ca și de cei cărora elementele subiective le condiționează în mare parte comportamentul. Astfel, în cazul celor care acuză stări de irascibilitate, de oboseală, de scădere a productivității muncii, greșeli în muncă sau manifestări sub formă de crize sau accese (epilepsie, astm, afecțiuni cardiace etc.), informații utile pot fi obținute de la membrii familiei și colegii de muncă.

Pentru diagnosticul funcțional, de asemenea, prin anchete sociale se pot obiectiva unele acuze privind pierderile sau reducerile funcționale. În mod deosebit, investigația socială informează medicul în legătură cu problemele preexistente îmbolnăvirii (atît în viața familială, cît și la locul de muncă), sau cu cele apărute ulterior și mai ales asupra



Scanned with OKEN Scanner

posibilităților de rezolvare a acestora, constituind astfel un sprijin important în aplicarea recomandărilor de tratament medical și mai ales în indicațiile de reintegrare socială. În acest scop, prin investigația socială se urmărește : situația familială a bolnavului, relațiile de familie și cu mediul ambiant, condițiile de locuit, condițiile de alimentație, situația materială, distribuția sarcinilor în gospodărie, organizarea timpului liber, cunoașterea cauzelor legate de locul de muncă ce au contribuit la îmbolnăvire, dinamica dezadaptării profesionale ca urmare a îmbolnăvirii (fluctuație, absenteism, scăderea productivității, modificări în conduita profesională), influența îmbolnăvirii asupra relațiilor bolnav-colectiv de muncă și colectiv de muncă-bolnav, posibilitățile de încadare în alt loc de muncă etc.

Pe parcursul bolii se efectuează periodic anchete sociale de supraveghere la domiciliu, urmărindu-se aplicarea indicațiilor de tratament medical și acțiunile sociale de care beneficiază bolnavul. De asemenea, se fac anchete sociale de supraveghere la locul de muncă, la cei care și-au reluat munca, atît în perioada de recuperare (program redus sau muncă în condiții mai ușoare), cît și după reluarea activității profesionale obișnuite, urmărindu-se respectarea indicațiilor și contraindicațiilor profesionale, regimul de muncă, măsurile de amenajare a locului de muncă, absenteismul, productivitatea și comportamentul în muncă. Pe baza acestor informații sociale obținute periodic, medicul poate să aprecieze eficacitatea recomandărilor făcute și poate să le completeze sau să le modifice.

În ceea ce privește investigația socială, în vederea realizării unei cercetări sociologice în domeniul medicinei, este necesar să fie cunoscute cîteva probleme cu caracter metodologic.

Astfel, cu privire la lotul de cercetare, este necesar să se știe că acesta trebuie să întrunească cîteva condiții care asigură valoarea științifică și aplicativă a concluziilor ce se stabilesc. Ca urmare, există criterii precise pentru alegerea unui lot de cercetare, care permit un anumit grad de exactitate și anumite limite în generalizarea concluziilor cercetării, numărul celor cuprinși în cercetare în raport cu volumul colectivității la care se referă cercetarea asigurînd un grad mai mic sau mai mare de generalizare. Astfel, cuprinderea unui număr mai mare de bolnavi în studiul dinamicii unei boli permite o generalizare mai largă a concluzilor, cu condiția ca subiecții cuprinși în cercetare să prezinte caracteristici reprezentative pentru colectivitatea și tema studiată.

Alegerea eșantionului se poate face prin tehnici diverse ca : eșantionare aleatoare, eșantionare de grup, eșantionare multistadială, eșantionare prin stratificare etc.

Important este însă faptul că eșantionul trebuie să aibă o mărime minimală (nu poate fi sub 10% din colectivitatea studiată), ca să poată fi reprezentativ din punctul de vedere al concluziilor, și, de asemenea, faptul că eșantionul fiind mai mare numeric permite uneori (dar nu totdeauna) abstragerea unor concluzii cu valoare mai mare.

Generalizarea rezultatelor unei cercetări efectuată pe un anumit lot, de exemplu, într-o circumscripție sau într-un spital sau dintr-un anumit cartier, nu este posibilă decît dacă unitatea de cercetare este reprezentativă pentru întreaga temă. Numai astfel concluziile sînt vala-



Scanned with OKEN Scanner

bile pentru întreaga colectivitate studiată (putînd fi extinse pe întreaga colectivitate, respectiv întreaga rețea sanitară, pe întreg teritoriul țării).

În ceea ce privește sursele de informare și tehnicile de culegere a datelor, acestea se referă mai ales la *izvoarele documentare* în problema studiată, care pot fi, spre pildă, date statistico-demografice, studii medicale și sociale efectuate anterior în acea problemă sau documente medicale din fișierele unităților sanitare. Atît pentru studiile de caz cît și pentru studiile de problemă, cercetarea acestor surse de informare constituie un mijloc important de documentare pentru rezolvarea unor cazuri individuale cu probleme medico-sociale, precum și pentru organizarea și desfășurarea unor acțiuni de optimizare în serviciile de ocrotire a sănătății.

### 10.5.2. METODE COMPLEMENTARE TEHNICILOR ANCHETEI SOCIOLOGICE

Așa cum am văzut anterior, tehnicile folosite în ancheta sociologică sînt constituite în cea mai mare parte din modalitățile intervievării și ale chestionării subiecților. În domeniul sociologiei medicinei se utilizează în cazul anchetelor și ale tehnicilor :

*a) Metoda „Brainstorming"* sau „asaltul de idei", metodă de natură psihologică, elaborată în anul 1939 de A. F. Osborn și care servește la obținerea unui număr cît mai mare de idei sau date pentru o anumită temă cercetată. Elementul principal al acestei metode, care se desfășoară sub forma discuției în grup, constă în crearea unei atmosfere „permisive", ca urmare a eliberării participanților de teama de a nu greși. În acest scop se urmărește înlăturarea aprecierilor pozitive sau negative ale participanților asupra diferitelor idei aduse în discuție, astfel că în discuție intervin cît mai multe opinii. Această ședință de discuții întrunește un număr de maximum 12 persoane, cu un conducător abil al grupului și are o durată de cel puțin 45 de minute. Participanții își pot prezenta nestingherit propunerile, sub o formă care să nu necesite precauțiuni speciale. Odată inventariate soluțiile propuse, se face o selecție atentă, calculîndu-se eficiența fiecăreia, în vederea alegerii celei optime.

„Brainstorming"-ul are multiple aplicații în domeniul psihoterapiei de grup.

*b) Tehnica „Delphi"*, folosită mai ales în studiile predictive, pe termen lung, este o metodă dezvoltată de O. Helmer și aplicată de V. J. Gordon (1964). Constă în colectarea părerilor unor specialiști bine informați, păreri care sînt apoi sistematizate pe etape, pe calea apropierii treptate de rezultatele finale, grație gîndirii intuitive și perfecționării succesive a acesteia. Se aplică mai ales în cazul prospectării tendințelor viitoare ale unei anumite funcții sociale (de exemplu, în sondarea inovațiilor viitoare din domeniul medicinei).

În etapele de pregătire și lansare se constituie „panelul" (grup de specialiști care va fi solicitat să răspundă la anchetă), căruia i se trimite primul chestionar cu instrucțiunile corespunzătoare (scopul, modul de completare etc.).

În etapa anchetei propriu-zise se controlează chestionarul și se prelucrează datele răspunsurilor.



Scanned with OKEN Scanner

Răspunsurile prelucrate servesc la elaborarea celui de al doilea chestionar, care este trimis aceloraşi specialişti. Acest al doilea chestionar cuprinde informaţii suplimentare, astfel încît permite experţilor să reconsidere, să completeze sau să dea un nou răspuns. Se repetă acest mod de interogare prin chestionare redactate într-o formă corectă şi succintă, pe baza seriilor noi de răspunsuri, pînă cînd se obţine un consens al participanţilor asupra soluţiilor propuse, care trebuie să fie de cel puţin 50% din părerile exprimate. Trebuie ţinut seama că fiecare rundă de răspunsuri beneficiază de date suplimentare, de explicaţii şi argumentări în favoarea unei anumite soluţii.

Metoda se deosebeşte de procedeul „face to face" pe care îl utilizează „Brainstorming"-ul, avînd însă marele avantaj al contactelor repetate de păreri, pînă ce punctele de vedere se apropie la maximum posibil.

Ultimele răspunsuri considerate satisfăcătoare sînt prelucrate şi analizate, iar pe baza lor se elaborează deciziile şi măsurile care constituie conţinutul celei de a treia etape a tehnicii „Delphi".

O asemenea metodă pare să fie foarte indicată pentru sănătatea publică, mai ales cînd este vorba de aprecierea tendinţelor dezvoltării medicinei pe termen lung.

Aplicînd metoda „Delphi", C. P. Laughlin Helmer a dezvoltat o secvenţă de patru chestionare, preferînd definirea unei opinii prin doi parametri : valoarea medie exprimată de un individ şi intervalul mediu exprimat de circa 50% din indivizii chestionaţi. Au fost urmărite trei obiective :

— să se producă o convergenţă de opinii (în sensul micşorării intervalului în care se înscriu majoritatea răspunsurilor) ;

— o convergenţă în sensul unei cît mai apropiate evaluări a mediei individuale ;

— în sfîrşit, să se găsească o formulă pentru determinarea unui consens, care ar fi un estimator mai apropiat al valorii reale decît valoarea medie a grupului.

În experienţa iniţială, subiecţii sînt puşi să răspundă la întrebări foarte concrete, cu valoare istorică cunoscută, ca de exemplu : „Cîte mii de divorţuri au fost în S.U.A. în 1969 ?" sau „Cît de mare este morbiditatea în această perioadă ?". În cursul primei „runde", fiecare individ dă un răspuns pozitiv, o autoapreciere pe o scală cu 4 trepte indicînd gradul de exactitate a răspunsului la acea întrebare.

În a doua rundă se cere subiecţilor să-şi reconsidere răspunsul (în lumina valorii medii pe grup, rezultată din prima rundă) şi să spună de ce răspunsul fiecăruia a deviat de la valorile centrale.

La fel, în runda a III-a, îşi vor revedea răspunsurile, pe baza mediei obţinută de grup în runda precedentă. În sfîrşit, în runda a IV-a se procedează în mod analog, incluzîndu-se şi un sumar al răspunsurilor, majoritare şi minoritare. Abia acum rezultatele arată o îmbunătăţire considerabilă a consensului participanţilor.

Ulterior, această metodă a fost adoptată de „Institute for the Future", în studiile prognostice privind evoluţia ştiinţei, controlul populaţiei, progresul automatizării ş.a.m.d.



Scanned with OKEN Scanner

c) *Metoda „Phillips-66"*, imaginată de J. D. Phillips, constă în diviziunea grupului de discuții al unei probleme pe subgrupe de cîte 6 oameni, care au la dispoziție 6 minute de discuție (de unde cifra 66). Se obține o participare largă într-un interval scurt de timp. Reuniunile de 6 minute ale subgrupelor se pot repeta. Metodologia consultării grupurilor de oameni interesați în bunul mers al stării de sănătate conține elemente importante pentru descoperirea ideilor și soluțiilor favorabile.

De menționat că toți participanții la această metodă trebuie să fie experți în materie de sănătate. Potențialul major al unei asemenea tehnici în sistemul ocrotirii sănătății conține mai puține elemente care o fac aptă pentru previziune, cît mai cu seamă elemente care au capacitatea de a provoca (chiar în decursul procesului) apariția unor posibilități și alternative, care altfel ar putea fi ignorate, respinse sau insuficient folosite. Metoda ajută la adoptarea unei atitudini suple, absolut necesară în sistemul ocrotirii sănătății.

*

Aplicarea tuturor acestor metode în cursul studiilor de prognoză asupra stării de sănătate și asistenței sociale din țara noastră se va impune în special în condițiile viitoare ale societății socialiste multilateral dezvoltate, cînd vor apărea condiții noi de viață și muncă, va crește concentrarea urbană și viteza mijloacelor de circulație, solicitarea intelectuală și se vor ivi probleme serioase în legătură cu poluarea mediului. Toate acestea vor avea influențe puternice asupra sănătății și asistenței sociale și vor determina modificări importante în structura morbidității.

Se vor ridica probleme importante, din care reținem :

— profilul și problematica stării de sănătate a populației spre anul 2000 ;

— măsuri care trebuie luate pentru ca dezvoltarea industrială și concentrarea urbană să nu influențeze negativ sănătatea ;

— necesitățile și solicitările de asistență medicală a populației în viitor ;

— direcția progresului tehnic pentru prevenirea și testarea îmbolnăvirilor ;

— necesitățile asistenței sociale și

— nivelul consumului medical, costul și formele de finanțare ale asistenței medicale și sociale.

Aceste probleme, prospectate cu ajutorul metodelor menționate anterior, în măsura în care vor fi rezolvate, vor asigura condiții de bază pentru optimizarea asistenței medicale din țara noastră, pentru dezvoltarea unei condiții de bunăstare fizică, psihică și socială a tuturor membrilor societății.

### 10.5.3. IMPORTANȚA METODOLOGIEI SOCIOLOGICE PENTRU FUNDAMENTAREA ȘTIINȚIFICĂ A PROBLEMEI SĂNĂTĂȚII COLECTIVITĂȚILOR UMANE

Un rol important în fundamentarea științifică a metodologiei medicinei colectivităților umane îl joacă sistemul de informare, care furnizează date asupra relațiilor dintre sănătate și problemele sociale.



Scanned with OKEN Scanner

Deşi statisticile asupra morbidităţii şi mortalităţii, asupra activităţilor serviciilor sanitare şi randamentul lor, constituie un izvor principal de informaţie, metodologia sociologică este de cele mai multe ori indispensabilă pentru cunoaşterea şi soluţionarea numeroaselor probleme ridicate de programele de sănătate a colectivităţii umane. Culegerea sistematică şi analiza informaţiilor cu caracter socio-medical constituie un domeniu de bază al aplicării metodelor şi tehnicilor sociologice, cu atît mai mult cu cît ele se referă la problemele sănătăţii unei mari mase de populaţie, mai curînd decît ale individului. Astfel, studiile şi anchetele sociologice, care au drept scop compararea activităţii diferitelor servicii medicale, cercetarea raporturilor funcţionale dintre ele şi celelalte instituţii şi organisme sociale, modelarea proceselor de conducere, organizarea şi administrarea medicală, investigarea relaţiilor dintre membrii aparatului medical, dintre aceştia şi public, sînt numai cîteva dintre contribuţiile pe care le-ar putea aduce metodologia sociologică cunoaşterii sistemului medical. În raport cu sistemele tradiţionale de statistică sanitară (caracterizate prin unele neajunsuri cum sînt : lipsa lor de suplețe şi de adaptare la scopurile urmărite, imposibiltatea de a răspunde la cerinţele de grupare a mai multor indicatori, integrarea insuficientă a datelor, rămînerea lor în urmă faţă de schimbările rapide care caracterizează structurile medicale), cunoaşterea sociologică oferă generalizări cu mai mare capacitate de validitate şi predicţie. Uneori, în întocmirea programelor de investigaţie apar probleme ca : obiective imprecise, definiţii vagi, informaţii caracterizate prin variaţii şi erori însemnate, date necuantificate sau necuantificabile. Metodele sociologice, cantitative şi calitative, ajută la înlăturarea acestora şi la desfăşurarea unei analize conceptuale riguroase, în finalul căreia se poate ajunge la indici preciși şi comparabili.

Investigarea structurilor latente, a funcţiilor manifeste şi potenţiale caracteristice subsistemelor sistemului medical, constituie obiective tot atît de importante pentru cercetare, care pot fi elaborate cu ajutorul tehnicilor sociologice. Capacitatea de prognoză şi predicţie a cunoaşterii sociologice ajută la înlăturarea erorilor, la identificarea eventualelor schimbări şi la prospectarea viitoarelor tendinţe care se structurează în domeniul supus cercetării. Utilizarea metodelor, a tipologiilor, a metodelor comparative, a tehnicilor analizei de conţinut sau a studiului de caz, are aplicaţii importante, mai ales în planificarea sănătăţii, atît prin capacitatea de a da un conţinut precis obiectivelor, cît şi de a furniza soluţii, cel puţin cu caracter incipient. Dat find că programele de planificare a sănătăţii colectivităţilor umane trebuie să facă obiectul unei evaluări pentru a furniza în final dovada eficienţei lor, metodologia sociologică aduce şi în acest domeniu contribuţii preţioase. Multe dintre cercetările cu caracter sociologic pot contribui la cunoaşterea şi evaluarea aprofundată a eficacităţii planificării. Pintre temele menţionate în această direcţie de diferiţi autori, se numără : *a)* cercetarea specificităţii operative a scopurilor planificării (calitatea, amploarea şi continuitatea îngrijirilor medicale) ; *b)* stadiul categoriilor de consumatori potenţiali ai serviciilor de sănătate ; *c)* cercetări asupra modului în care, printre



Scanned with OKEN Scanner

obiectivele planificate, sînt cuprinse sarcini privind educaţia sanitară a populaţiei şi — în mod corespunzător — dacă sînt alocate resurse economice pentru realizarea lor ; *d)* investigarea calităţii programelor şi serviciilor medicale, prin examinarea relaţiilor dintre scopurile urmărite şi rezultatele lor.

Evaluarea multor programe de sănătate pentru colectivităţile umane obligă la comparaţii între factori de natură diferită, ceea ce atrage după sine dificultăţi în legătură cu problemele măsurării şi comparării lor, care pot fi rezolvate dacă se ţine seama de capacităţile de evaluare ale metodologiei sociologice.

Procesul de evaluare are drept obiectiv principal stabilirea concordanţei dintre un program de planificare şi rezultatele sale în funcţie de scopurile urmărite. Din acest proces fac parte trei componente principale : obiectivul programului, informaţia obţinută asupra rezultatelor şi sistemul de analizat utilizat. În principiu, evaluarea intervine în două etape ale circuitului de planificare şi ale aplicării acestuia şi anume : în momentul alegerii dintre mai multe planuri posibile şi atunci cînd se analizează rezultatele programului. Metodele de analiză utilizate în mod curent în acest scop sînt cele ale cercetării epidemiologice şi sociologice, care sondează atît influenţele exercitate de program asupra populaţiei, cît şi validitatea lui în raport cu eficacitatea obţinută la nivelul prestaţiilor. Spre deosebire însă de epidemiologie — cu care colaborează îndeaproape — metodologia sociologică are aplicaţii mult mai largi, extinzîndu-se în domeniul tuturor celorlalte procese sociale. Pot fi urmărite astfel nu numai acţiunea programelor de planificare asupra sănătăţii populaţiei, dar şi influenţele reciproce dintre acest proces şi celelalte procese sociale, dintre variabilele socio-medicale şi cele cu conţinut economic şi cultural mai larg.

Posibilitatea de a schiţa în cele din urmă un model de îngrijire medicală, cu valenţe predictibile, presupune cu necesitate prospectarea sensurilor dezvoltării actuale a serviciilor de sănătate publică, pentru a putea prefigura structurile, funcţiile şi resursele social-umane, formele de ocrotire a sănătăţii şi de asistenţă medicală ale societăţii viitoare. Pentru a schiţa modele optimizate de profilaxie a îmbolnăvirilor, de potenţare a efectelor terapeutice, sînt necesare realizarea şi punerea de acord a unui complex de tehnici şi de măsuri organizatorice, capabile să ducă nu numai la restabilirea biologică a bolnavului, dar şi la reintegrarea lui socială şi profesională în viaţa colectivităţii. Din acest punct de vedere, un rol important îl are cunoaşterea sociologică, care furnizează organelor de decizie informaţii preţioase cu privire la relaţiile ce se stabilesc între factorii medicali şi cei sociali, între funcţiile de conducere şi control a activităţii medicale şi procesele socio-medicale. Modelarea sistematică a acestor raporturi permite abordarea sociologică prospectivă a sistemului medical şi a subsistemelor sale adiacente, din perspectiva funcţionalităţii lor pentru societate, pentru bunăstarea socială a membrilor societăţii. Sistemul organizării stării de sănătate a populaţiei poate fi conceput astfel ca o parte integrantă, dinamică, a



Scanned with OKEN Scanner

macrosistemului social, care asigură prin subsistemele sale, prin raporturile care se stabilesc între acestea, funcţii specifice de control social şi medical. Acest control se referă pe de o parte la buna desfăşurare a rolurilor şi relaţiilor existente în întreaga societate, pe de altă parte la asigurarea condiţiei de bunăstare fizică, psihică şi socială a indivizilor participanţi în toate aceste roluri şi relaţii sociale. Contribuind la controlul stării de sănătate a populaţiei, sistemul medical participă şi la controlul stării de funcţionalitate optimă a relaţiilor care se stabilesc între membrii societăţii. Dacă funcţia curativă asigură serviciilor medicale controlul perturbaţiilor intervenite în sistemul macrosocial, ca urmare a stării de boală, funcţiile preventive şi profilactice asigură posibilitatea prevenirii unor asemenea perturbaţii încă înainte de apariţia lor.

Testarea validităţii sociale a tuturor acestor funcţii poate fi realizată cu ajutorul metodelor sociologice de evaluare calitativă şi măsurare cantitativă, care permit elaborarea unor indicatori obiectivi.

Pe de altă parte, anchetele sociologice desfăşurate asupra unor grupe largi de populaţie furnizează date importante pentru a putea aprecia măsura în care populaţia este conştientă de eficacitatea prestaţiilor medicale în raport cu propriile aspiraţii. Aplicarea anchetelor sociologice poate completa în multe cazuri rolul epidemiologiei sociale de evaluare a acţiunii factorilor sociali asupra apariţiei, propagării şi repartiţiei bolilor în societate, a influenţei generale a bolii asupra societăţii a calităţii prestaţiilor medicale şi a eficienţei serviciilor de sănătate.

Trebuie menţionat, însă, că ancheta sociologică constituie o modalitate de investigaţie care nu trebuie supralicitată sau absolutizată, în măsura în care, de cele mai multe ori, ea nu recoltează fapte (date obiective), ci opinii despre aceste fapte (păreri subiective). Acestea apar adesea deformate şi pot să denatureze informaţiile culese în absenţa unor criterii riguroase. Cunoscutul profesor român de sociologie Henri Stahl atrăgea de nenumărate ori atenţia asupra acestui fapt, respingînd categoric din cadrul sociologiei tendinţele ilustrativiste, care substituie elementul obiectiv prin cel subiectiv.

În măsura în care aspiraţiile cele mai personale „poartă totdeauna pecetea unei anumite societăţi", realizarea lor se poate materializa totdeauna într-un proiect, „permiţînd individului să participe la viaţa socială" arăta Ch. de Lauwe (118), dar trebuie arătat că orice aspiraţie exprimată ca opinie cuprinde în ea un coeficient însemnat de subiectivitate.

Desigur, reprezentările populaţiei în legătură cu formele serviciilor medico-sanitare şi cu modul de interacţiune între medic şi pacient opiniile medicilor referitoare la eficacitatea actului medical, furnizează mai multe criterii pentru aprecierea funcţionalităţii sistemului medical, permiţînd pe de o parte localizarea carenţelor, pe de altă parte elaborarea unei acţiuni sistematice de optimizare.

Totuşi, dacă este adevărat că indivizii sau grupurile, în funcţie de locul pe care îl ocupă în societate şi urmînd condiţiile date în raport cu reprezentările şi sistemele de valori cărora li se supun, în raport cu perioadele mai mult sau mai puţin favorabile pe care le trăiesc, au mai mult sau mai puţin conştiinţa aspiraţiilor lor, de multe ori în materie de sănătate concepţiile lor sînt lipsite de perspectivă.



Scanned with OKEN Scanner

De aceea, complementar anchetelor sau sondajelor de opinie, trebuie utilizate alte tehnici sociologice, capabile să discearnă caracterul subiectiv al opiniei și situația obiectivă evaluată. Un rol important îl are aplicarea metodelor moderne de modelare cibernetică a procesului de îngrijire medicală, care oferă informații pertinente asupra rolului planificării în optimizarea activității serviciilor medicale, ca și asupra diferitelor raporturi care se stabilesc între consumatorii de îngrijire și formele de prestație ale sistemului medical.

10.5.3.1. *Aplicații ale analizei de sistem în cunoașterea sociologică a problemelor îngrijirii medicale.* Din punctul de vedere al teoriei generale a sistemelor, serviciile de sănătate constituie un sistem cibernetic, adică un întreg format din mai multe componente, între care se stabilesc raporturi specifice de comunicații. Modelarea cibernetică a proceselor de comandă, comunicație și control în organizarea sănătății impune, de la început, tratarea sistemului medical ca sistem dinamic, cu autoreglare, în permanentă schimbare și dezvoltare.

Schimburile reciproce între componentele sistemului medical (diferitele servicii și forme de prestație), între acestea și celelalte instituții sociale au loc prin mai multe fluxuri de informații, care prin conexiune inversă *(feed-back),* dau naștere la modificări cu consecințe pentru întreg sistemul, făcînd posibilă autoreglarea acestuia în raport cu condițiile schimbătoare ale mediului ; de la sistemul de conducere bazate pe estimarea comenzii sociale (cerințele de ocrotire a sănătății), se elaborează informații (reacție) care au drept scop menținerea și orientarea activității subsistemelor (serviciile de sănătate). De la aceste subsisteme, pe cale inversă (retroacțiune *feed-back),* sistemul de conducere primește informații despre starea lor (eficacitatea activității) și elaborează o nouă comandă, care asigură mersul normal al procesului, prin corectarea eventualelor abateri.

Sistemul de îngrijire medicală, consideră E. Cummings, este un mijloc complicat de retroacțiune socială, pentru combaterea diferitelor tipuri de patologie înregistrate în societate (130). Alen Sheldon consideră că specific acestui sistem este modul de schimbare de la un model morfostatic, unde consecințele sînt controlul oricărei deviații și unde domină retroacțiunea negativă, la un model morfogenetic, unde retroacțiunea pozitivă este cea mai caracteristică (131). Pentru tipul de retroacțiune pozitivă, procesele de creație și de inovație sînt cele mai caracteristice, întrucît sistemul medical beneficiază astăzi de un complex de schimbări de natură tehnologică și organizatorică ce modifică structurile și funcțiile sale tradiționale. Orice sistem medical trebuie să fie în prezent capabil de morfogeneză, să-și modifice structura organizării și a valorilor pentru a putea rămîne valabil și eficient, în raport cu cerințele asigurării condițiilor optime de bunăstare fizică, psihică și socială ale membrilor societății. W. Buckley, unul dintre cei mai reprezentativi autori în domeniul teoriei sistemelor, considera că impulsurile către modificări de bază în structura unui sistem social bazat pe *feed-back* pozitiv pot proveni pe două căi : fie din interiorul componenților sistemului, fie din mediul înconjurător. Pentru sistemul medical, aceasta înseamnă pe de o parte schimbarea funcțiilor terapeutice, tradiționale ale serviciilor de sănătate și orientarea lor către prevenție și profilaxie, pe de altă parte



Scanned with OKEN Scanner

integrarea activității lor în cadrul proceselor de dezvoltare economică și socială, care se modifică permanent. Aceste schimbări nu afectează funcția principală de îngrijire a sistemului, ci dimpotrivă, o amplifică și o perfecționează pentru a o face mai flexibilă și mai reactivă în raport cu cerințele de perspectivă.

Din punctul de vedere al componentelor sistemului de sănătate, noțiunea de subsistem de îngrijire este sinonimă și interschimbabilă cu noțiunea de stare de îngrijire. Există trei faze prin care indivizii se pot mișca în interiorul stărilor oricărui sistem : *input* (intrare), *throughput* (tratare) și *output* (ieșire). Aceste faze pot alcătui, în cazul circuitului căutării însănătoșirii bolnavului, un sistem specific de raporturi, care asigură transformarea resurselor medicale de acțiune în rezultate, și anume menținerea, provocarea sau restabilirea sănătății.

În general, sublinia Field, „putem concepe sistemul medical al unei societăți ca pe un mecanism social pentru transformarea sau metabolizarea aporturilor nespecializate (credite personal etc.) în produse sau servicii specializate, cu importanță medicală" (46). Estimarea probabilă a realizării acestui proces face apel la indicarea ariilor de predicție și de probabilitate referitoare la evaluarea legăturii între cei doi termeni ai relației de îngrijire medicală.

A. *Etapa intrării (input) în sistemul medical.* În orice sistem de îngrijire a sănătății există două tipuri de intrări (*input*-uri) : intrări de *susținere,* care dau energie sistemului (mijloace și resurse materiale și financiare) și intrări de *semnalizare,* care includ informații legate de indicatorii de sănătate și de starea de îngrijire a bolnavilor în cadrul diferitelor servicii.

Între cele două tipuri de intrări se stabilesc mai multe raporturi, mediate de funcția de planificare a factorului de decizie, funcție în care trebuie incluse următoarele activități :

a) determinarea stării subsistemelor pentru a putea înregistra eventualele perturbații și pentru a putea elabora predicții valabile ;

b) indentificarea și măsurarea gradului de perturbare, în raport cu un sistem clasificator de diagnoză (evaluare a eficacității activității subsistemelor de îngrijire) ;

c) codificarea și comunicarea corespunzătoare ale tuturor informațiilor provenite de la aceste subsisteme ;

d) reducerea perturbațiilor prezente sau potențiale, prin determinarea tehnicilor disponibile, repartizarea unor resurse, coordonarea activității și evaluarea rezultatelor.

Global, planificarea apare ca o reacție contra perturbațiilor înregistrate la nivel social, ca urmare a răspîndirii stărilor patologice. Incluzînd obiective economice și tehnice (mijloace presupuse ca fiind mai eficiente în combaterea bolilor), aspecte organizatorice (distribuirea rațională a personalului în raport cu necesitățile) și sociale mai largi (combaterea și prevenirea stării de boală), planificarea constituie o previziune pe termen lung, cu caracter prognostic și predictiv.

În termenii teoriei sistemelor ea îndeplinește următoarele funcții :

— creșterea diferențială a componenților sistemului ;

— transformarea structurilor și funcțiilor sistemului ;



Scanned with OKEN Scanner

— menținerea limitelor sistemului în cursul schimbărilor ;
— modificarea limitelor sistemului în cursul schimbărilor,

și poate să cuprindă un ciclu de comparații și evaluări ale realizărilor prezente sau potențiale, precum și exercitarea controlului asupra activităților, dacă se constată variații sau există nepotriviri între acestea și obiectivele pentru care s-a optat.

În raport cu obiectivele de bază ale planificării, ele sînt cuprinse în necesitatea de a asigura sistemului medical o deplină flexibilitate, pentru a putea reacționa corect la schimbări. Condițiile generale pentru asigurarea acestei flexibilități la toate nivelurile sînt : capacitatea de previziune, capacitatea de inovare și capacitatea de schimbare. Cum arăta A. Sheldon, „nevoia oricărui sistem deschis de a avea un număr cît mai mare de legături de retroacțiune pentru sporirea flexibilității lui este crucială" (131).

În concluzie, planificarea asigură sau ar trebui să asigure deplina concordanță între intrările de susținere și cele de semnalizare din sistemul medical.

Aceste intrări nu trebuie concepute deci, numai în raport cu cerințele de menținere a sistemului, dar și cu cele solicitate de consumatorii de îngrijiri medicale. În alți termeni, se poate vorbi de un anumit raport între cerere și ofertă. Pentru orice sistem de îngrijire medicală se admite existența a trei componente principale :

— cei care consumă sau folosesc serviciile de îngrijire (consumatorii de sănătate) ;
— cei care oferă aceste, servicii (personalul din unitățile și instituțiile medicale) ;
— instituțiile care mediază raporturile dintre ei.

În cadrul acestor raporturi, oferta se caracterizează atît prin diviziunea socială a muncii profesionale care asigură diferitele forme de prestație medicală consumatorilor, cît și prin diviziunea funcțiilor care se constituie din diversele prestații, combinate astfel încît să dea un anumit rezultat cu valoare economică sau socială. De multe ori însă, domeniul ocrotirii sănătății este privit ca un sector care consumă fără să producă nimic în cadrul produsului social. Aceasta se datorește și faptului că însuși administratorii de sănătate pun problema greșit, prin prisma cheltuielior sanitare, fără să evidențieze aportul important adus nu numai biologicului, ci, concomitent, economiei naționale, partea cu care contribuie ocrotirea sănătății în producția bunurilor, în productivitatea muncii (128). Cheltuielile necesitate de sănătate au însă utilitate economică în măsura în care boala are asupra colectivității efecte ca : *a)* diminuarea sau perturbarea producției membrilor activi ai societății și dezorganizarea familială ; *b)* modificarea structurii consumului bolnavului (diminuarea achizițiilor de consum) ; *c)* reducerea perspectivelor producției viitoare. A preveni sau a vindeca o boală, reducîndu-i efectele, înseamnă de fapt a reda producției pe acei membri ai societății, care se găsesc în stare de incapacitate. Metoda de evaluare a prețului vieții umane, elaborată de doi ingineri din Franța, C. Abraham și J. Thédié, constă tocmai în aprecierea faptului că valoarea vieții umane este în primul rînd în funcție de producția pe care aceasta o reprezintă. *Se cheltuiește pentru a salva o viață,* arătau ei, *ceea ce pierderea acestei*

*vieți reprezintă pentru națiune. Trebuie plecat de la postulatul că suma pe care o investește societatea pentru a păstra viața unuia dintre membrii săi, poate egala pierderea economică pe care o poate înregistra, ca urmare a încetării totale a activității individului* (132).

Desigur, numărul bolnavilor pe care societatea îi salvează este limitat prin însăși cuantumul relativ redus al disponibilităților medicale. De multe ori, o mare parte din descoperirile medicale sînt neaplicabile, pentru că cer investiții foarte costisitoare. Jean Courquet calcula, de exemplu, că „dacă jumătate din persoanele care își pierd viața în fiecare an de uremie ar beneficia timp de un an de terapeutica rinichiului artificial (evident, este vorba de un caz imaginar), costul pentru națiune ar depăși el singur subvențiile bugetare prevăzute pentru planul de construcție și modernizare a spitalelor, pe o perioadă de 5 ani" (133).

Intervin astfel exigențe economice, tehnice și sociale, care fac ca în domeniul sănătății deciziile să fie condiționate de natura sistemului politic, economic și social, de orientările grupurilor de populație angrenate în transformările sistemului medical.

Oricum, orice decizie aduce o anumită îmbunătățire în materie de sănătate, pentru a se acorda cît mai eficace și mai rațional o anumită ofertă cererii, ambele aflate în prezent într-o puternică expansiune, în scopul obținerii cu mijloace reduse a unor rezultate maxime, în folosul tuturor celor interesați.

Orice intrare *(input)* în sistemul medical este determinată ca urmare, de o anumită cerere de servicii pe unitate de timp. Dacă folosim drept criteriu „necesitatea" de îngrijiri medicale a consumatorului, *input*-ul poate fi definit ca o cerere formulată parțial. O asemenea echivalență presupune ca necesitatea să fie tradusă într-o anumită cerere.

În studii întreprinse de diferiți autori s-au utilizat tehnici de *marketing* pentru cercetarea comportamentului consumatorului în raport cu nevoile de îngrijire a acestuia.

Paradigma lui Katona postulează, de exemplu, trei grupe de variabile care influențează comportarea consumatorului : *a)* condițiile cu privire la necesitățile și posibilitățile de a le realiza ; *b)* împrejurări care grăbesc solicitările de consum ; *c)* atitudinile lui cu privire la consum (134). Brooks și colaboratorii săi, bazați pe analiza acestui comportament, au putut să prevadă viitoarea cerere de paturi spitalicești, prin analiza regresiei multiple a 117 variabile, în care erau cuprinse : date demografice, media speranței de viață, media puterii de cumpărare, media duratei de spitalizare, valoarea medie a timpului acordat de medic populației și procentul de medici în raport cu populația (135).

Recent Kalimo și Sievers au utilizat analiza multifactorială pentru a determina raportul între resurse și solicitări (136). Aceste exemple sînt edificatoare pentru înțelegerea rolului „intrărilor" în sistemul medical, traduse în termenii unei relații între cerere și ofertă, între aspirațiile populației în materie de sănătate și capacitatea serviciilor medicale de a le realiza.

*B. Etapa tratării (throughput).* Ca fază deosebit de importantă a circuitului de îngrijire medicală, tratarea sau prelucrarea (throughput) se referă la timpul de mișcare a bolnavilor prin stările succesive ale activității interioare a sistemului medical. Ea include estimarea canti-



Scanned with OKEN Scanner

tăţii de resurse şi a timpului necesar realizării unui produs „*output*" definit, măsurat în termenii serviciilor furnizate şi a populaţiei care a beneficiat de ele.

Diferitele metode care urmăresc raţionalizarea activităţii medicale, pe baza modelării matematice a cheltuielilor economice, cuprind dificultăţi, în măsura în care intervin mai multe elemente sociale foarte greu de cuantificat şi de integrat într-un model operaţional.

De exemplu, o decizie care are drept scop reducerea timpului de spitalizare în cazul unor boli care pot fi tratate ambulator, poate să eşueze, pentru că această problemă nu se reduce numai la calculele economice, ci solicită estimarea altor factori, cum ar fi aspiraţiile populaţiei, contextul vieţii familiale şi profesionale a bolnavului, dorinţa de a fi bine îngrijit, diferenţele de percepere a gravităţii bolii, acuitatea simptomelor acuzate etc.

Steudler consideră din acest punct de vedere că o măsură care priveşte protecţia vieţii umane, printr-o organizare specifică a activităţii serviciilor medicale, poate fi uneori ineficientă, pentru că populaţia o resimte subiectiv ca nesigură (31).

Într-un articol publicat cu cîţiva ani în urmă, Th. d'Iribarne sublinia că acţiunile menite să salvgardeze sănătatea şi viaţa umană trebuie să integreze datele psihologice şi sociologice pentru a fi eficiente. El constata că preţul vieţii umane, respectiv modul de îngrijire medicală, diferă de la un sector de activitate la altul, în funcţie de valorile atribuite de societate, de atitudinea şi opiniile ei. *„Alta va fi valoarea acordată vieţii umane în transportul aerian decît cel rutier, alta va fi valoarea acordată protecţiei cosmonauţilor şi alta cea necesară politicii de vaccinare a populaţiei" (137).* Integrarea datelor medicale cu cele economice, psihologice şi sociale se impune astfel cu exigenţă sporită, în cadrul activităţii subsistemelor medicale, determinînd modificări organizatorice şi preocupări profesionale extrem de nuanţate. Încercările de a transpune aceste date în practică, sînt cel mai adesea multidisciplinare şi nu interdisciplinare, ceea ce influenţează profund eficacitatea lor. Totodată, tehnologia este ambiguă în legătură cu obiectul cercetării. De fapt, trebuie exprimată starea reală de sănătate a unei populaţii în termenii rezultatului final, făcînd abstracţie de factorii care o determină sau o aplică. De aceea trebuie puşi în evidenţă indicatorii de eficacitate ai sistemului de producere şi distribuţie ale îngrijirilor, orice date cantitative care se raportează la domeniul sănătăţii putînd fi considerate ca indicatori de sănătate în sensul larg al acestui termen.

Pe de altă parte, necesitatea coordonării activităţii diferitelor servicii medicale (tratament, investigaţii, reabilitare etc.) într-un tot unitar, pentru a asigura bolnavului o cale optimă de îngrijire a bolii, impune un sistem centralizat de măsuri pentru a creşte schimbul operativ şi reciproc de informaţii şi transferul de activităţi.

Dificultatea rezolvării acestor probleme iese în relief, de exemplu, în cazul aşa-numitei „pacientogeneze", de-a lungul căreia bolnavul este nevoit să străbată un drum lung în circuitul căutării însănătoşirii, fiind *„pasat"* de multe ori de la un serviciu la altul, de la o unitate la alta, ignorîndu-se capacitatea emoţională şi disponibilitatea de timp, pentru a „rezista" acestui mod de tratare.



Scanned with OKEN Scanner

Acordarea acestei îngrijiri medicale integrate este însoțită astfel de numeroase dificultăți, care provin din raportul dintre medic și bolnav, utilizarea rațională a timpului medicilor, adresabilitatea pentru tipuri diferite de îngrijire, ponderea asistenței în anumite perioade de timp, reducerea duratei de spitalizare, mărirea eficacității tratamentului ambulator etc.

Din punct de vedere metodologic, elaborarea unor măsuri optime de coordonare și integrare a îngrijirii medicale se datorește, în cea mai mare parte, absenței cunoștințelor privind gradul de interdependență dintre diferitele stări ale sistemului serviciilor de sănătate și solicitările consumatorilor de îngrijire, absență care poate fi suplinită prin utilizarea metodelor probabiliste. Navarro și Parker au utilizat, de exemplu, modele stocastice pentru a estima necesarul de personal medical și solicitările populației, folosind totodată probabilități tranziționale (probabilități de trecere de la o stare la alta) pentru a defini fluxurile de persoane din interiorul sistemului (135). În cadrul acestor metode, probabilitățile de trecere de la o stare la alta sînt definite prin matricea posibilității tranziționale, care determină numărul consumatorilor de îngrijiri medicale aflați în variate stări ale sistemului medical și în perioade diferite de timp. Numărul estimat de consumatori sau probabilitățile de existență a populației în diversele stări ale sistemului medical, într-o anumită perioadă de timp este dat de expresia :

$$\vec{P}_{(1)} = \vec{P}_{(0)} \cdot Qt$$

în care :

$\vec{P}_{(1)}$ = probabilitatea reprezentînd numărul de consumatori, în diferite stări, într-o perioadă „t" (număr zile).

$\vec{P}_{(0)}$ = probabilitatea reprezentînd numărul inițial al consumatorilor în diferite în perioada de timp „o".

$\vec{P}_{(1)}$ = probabilitatea reprezentînd valori intermediare.
Q = matricea probabilității tranziționale cotidiene.
t = timpul (în zile) de la perioada inițială pînă la sfîrșitul acestei perioade.

În concluzie, fiind date $P_{(0)}$ și $P_{(1)}$, se poate estima $P_{(t)}$ care dă posibilitatea calculării personalului medical și a solicitărilor de consum de îngrijire.

Acest model matematic este aplicabil în cazul varierii probabilităților tranziționale relevante parametric, cu ajutorul căreia se pot simula efectele stărilor de îngrijire asupra populației și se pot evalua resursele necesare diferitelor stări ale serviciilor de sănătate.

Odată cunoscută interdependența dintre stări, se pot aplica diferite tehnici analitice de programare matematică (liniară, cvadratică și dinamică) pentru a determina optimul de relații dintre variabilele *input* și *throughput*, pentru a ajunge la *output* definit.

C. *Etapa ieșirii din sistemul medical (output).* Ieșirile din diferitele stări de îngrijire ale serviciilor de sănătate se referă la numărul de servicii furnizate sau la populația acoperită de ele, precum și la performanța înregistrată de sistemul medical în reducerea mortalității și morbidității sau incapacității. Ele se măsoară prin numărul de „plecări" din fiecare stare, pe unitate de timp, ca și prin estimarea eficacității îngrijirilor date bolnavilor.



Scanned with OKEN Scanner

Fr. Steudler consideră că, în general, acțiunile de salvgardare a sănătății și a vieții umane sînt caracterizate în final prin prezența a patru *output*-uri fundamentale :

— *output*-ul legat de efectele îngrijirilor medicale asupra stării fizice a consumatorilor ;

— *output*-ul legat de efectele îngrijirilor medicale asupra sentimentului de securitate ;

— *output*-ul legat de efectele îngrijirilor medicale asupra relațiilor afective ale consumatorilor ;

— *output*-ul legat de satisfacția înregistrată în societate ca urmare a rezolvării problemelor morbidității membrilor săi (31).

Referindu-se la utilizarea acestui mod de analiză a performanțelor legate de sănătate, C. Abraham și J. Thédié arătau că produsul (*output*-ul) subsistemelor de îngrijire ale sistemului medical are meritul de a pune în evidență necesitatea considerării influenței nivelului de securitate asupra cererii de îngrijiri medicale (132).

Totuși, în raport cu aceste aprecieri, trebuie menționată dificultatea definirii riguroase a sentimentului de securitate, ca și a cuantificării *output*-urilor afective. Relațiile dintre starea de sănătate și sistemul de producție și distribuție ale îngrijirilor sînt uneori prea puțin clare, iar „produsul" acestui sistem apare rău definit în termenii rezultatelor finale. Pe de altă parte, indicatorii utilizați de planificatori creează o anumită confuzie, apărînd amestecați tot felul de indicatori : număr de medici la număr de locuitori, număr de paturi de spital la număr de locuitori, consum medical pe cap de locuitor etc. Unele anchete sociologice pot să aducă informații semnificative asupra opiniilor populației, dar — așa cum subliniam anterior — valoarea lor nu este totdeauna concludentă. Sînt necesare alte tehnici pentru a putea stabili în ce măsură o opinie (subiectivă) poate fi considerată sau nu un criteriu obiectiv de apreciere.

În alte cazuri, metoda evaluării de către experți poate suplini absența standardelor obiective pentru măsurarea relației dintre sisteme și *output*-ul lor. Se utilizează, ca urmare, tipuri de modele matematice, iar raportul dintre sistem și performanța sa este „fixat", evaluat de experți.

G. Ruderman, de exemplu, folosind un asemenea model în scopul indicării descreșterii morbidității ca *output* fundamental al serviciilor medicale curative și preventive, a făcut apel la experți pentru a arăta gradul de vulnerabilitate a bolilor cronice, în raport cu activitatea acestor servicii (135).

Modelul utilizat de el este următorul :

$$P = f(M, I, V, C)$$

în care :

P = desemnează relativa prioritate acordată modelului matematic pentru fiecare din cauzele de deces provocat de aceste boli ;

f = arată că prioritatea desemnată este o funcție a fiecăreia dintre celelalte variabile ;

M = reprezintă indicele de incidență (de exemplu, proporția de decese datorate unor boli specifice, din totalul deceselor) ;

I = reprezintă importanța relativă a bolii (față de eforturile investite pentru combaterea ei) ;

V = desemnează vulnerabilitatea bolii față de activitățile curative și preventive expuse de experți ;

C = reprezintă costul activității curative și preventive.



Scanned with OKEN Scanner

Avantajul acestei metode constă în faptul că evaluarea priorităţii este făcută în funcţie de estimarea gradului de vulnerabilitate a bolilor cronice şi prin calculul tuturor celorlalte variabile implicate.

Datorită naturii probabiliste a unui asemenea model matematic, cercetătorul se găseşte în faţa unor sarcini specifice, fiind constrîns să se ocupe de natura stocastică a evenimentelor socio-medicale şi de legătura lor cu performanţele sistemului medical.

O dificultate frecventă a definirii produsului *output* sau a performanţei sistemului serviciilor de sănătate constă însă, în stabilirea indicatorilor de evaluare. Cei mai reprezentativi dintre ei (cum ar fi : mortalitatea, morbiditatea, incapacitatea, disconfortul şi insatisfacţia populaţiei) nu par să întrunească consensul unanim al specialiştilor.

În ceea ce priveşte mortalitatea, nu există încă destule studii reprezentative care să evalueze raporturile reducerii procentului de decese cu performanţele sistemului medical.

Ocupîndu-se de această problemă V. Navarro dă ca exemplu cazul descreşterii mortalităţii din ţările în curs de dezvoltare, care nu poate fi considerat ca o performanţă propriu-zisă a serviciilor autohtone, deoarece pe de o parte scăderea deceselor s-a datorat unor măsuri şi tehnologii medicale noi, iar pe de altă parte ea a dus la o dislocare a echilibrului demografic tradiţional.

Într-un raport prezentat de Academia Naţională de Ştiinţe din S.U.A. se arată următoarele : „Procentul de decese în zonele în curs de dezvoltare a scăzut foarte rapid în raport cu schimbarea economică. Aceste zone au fost capabile să importe metode ieftine de control al bolilor — ...Rezultatul unui declin precipitat în rata mortalităţii, în timp ce procentul de naşteri a rămas practic neschimbat, s-a datorat unei foarte rapide accelerări a creşterii populaţiei“ (138).

În legătură cu alegerea reducerii sau controlului morbidităţii ca indicator de performanţă a serviciilor de sănătate survin dificultăţi similare, care pot fi însă rezolvate prin aplicarea pe scară largă a unor studii epidemiologice şi sociologice, care să indice schimbarea petrecută în gradul de distribuţie a bolilor, în grupe diferite de populaţie.

Metodologia epidemiologică şi cea sociologică au fost adesea utilizate în ţara noastră în cercetări dedicate acestei probleme. Institutul de expertiză şi recuperare medicală a capacităţii de muncă a utilizat, de exemplu, un set complex de metode şi tehnici sociologice pentru a demonstra rolul serviciilor de recuperare în cazul reducerii morbidităţii prin incapacitate temporară de muncă. Alţi indicatori de performanţă au fost studiaţi de Institutul de igienă şi sănătate publică, ca şi de diferite institute de profil, naţionale, care au arătat rolul serviciilor preventive şi curative în combaterea şi prevenirea bolilor cronice.

În privinţa indicatorului satisfacţie-insatisfacţie, rezultatele mai multor cercetări sociologice au demonstrat rolul extrem de important al „trebuinţelor-aspiraţii“ ale populaţiei, în raport cu evaluarea capacităţii funcţionale a serviciilor medicale de a le realiza. Institutul de dezvoltare socială al O.N.U. a alcătuit un index, care include ca elemente definitorii pentru aspiraţiile sociale ale populaţiei : nutriţia, habitatul, educaţia, petrecerea raţională şi plăcută a timpului liber („loisir“), securitatea, venitul suplimentar şi sănătatea.



Scanned with OKEN Scanner

Componenta sănătății este definită prin trei indicatori : accesul la îngrijiri medicale, satisfacții în raport cu necesitățile de rezolvare a problemelor morbidității și eficacitatea funcțională a sănătății, în raport cu aspirațiile legitime ale populației de a fi cît mai bine îngrijită.

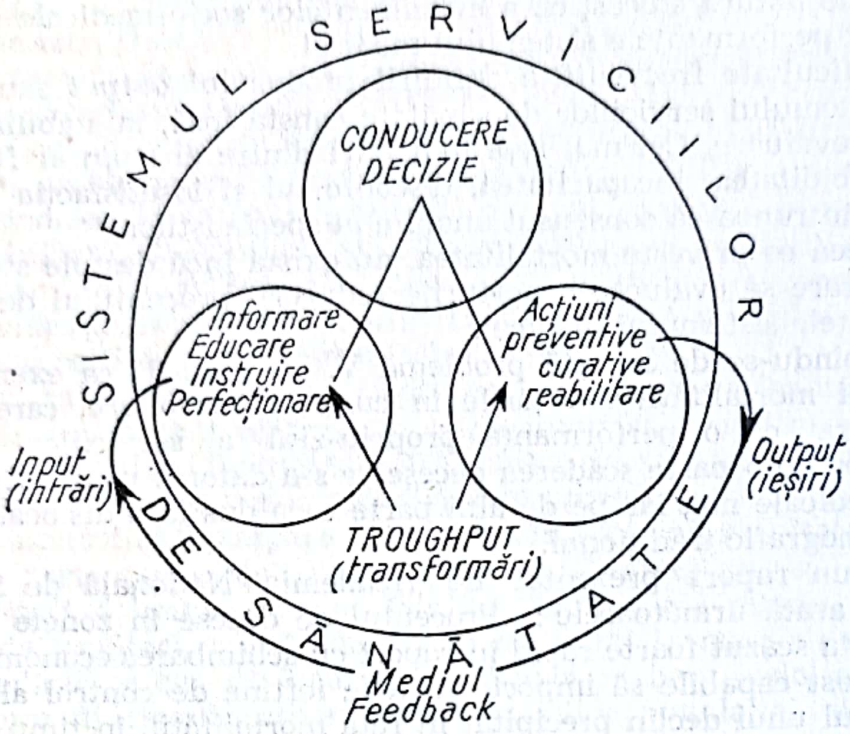



*Fig. 37.* — Modelul general al unui sistem medical.

Pe plan internațional, în mai multe țări, căutarea unor indicatori de sănătate care să înlocuiască unilateralitatea utilizării indicatorilor de morbiditate, constituie de mai mulți ani, o problemă de bază. Avînd o valoare mult mai mare în conceperea complexă a stării de sănătate specifice colectivităților umane, indicatorii de sănătate corespund mult mai bine necesităților și preocupărilor de prevenție și profilaxie, corelîndu-se mai bine cu indicatorii sociali de bunăstare. Așa cum arată unele cercetări, datele privind speranța de viață la naștere și într-o măsură mai mică rata mortalității infantile, pot fi caracterizate mult mai aproape de adevăr decît informațiile asupra morbidității, ca indicatori „sintetici" ai stării de sănătate a colectivităților. În majoritatea societăților industrializate, datele privind morbiditatea și mortalitatea sînt, încă, departe de a exprima totalitatea fenomenelor de sănătate ; pe de altă parte, în unele societăți, creșterea speranței de viață este prea mică, în timp ce anumite forme de morbiditate cronic-degenerativă au o pondere crescîndă. Necesitatea de edificare a unui sistem de indicatori de sănătate capabili să concretizeze realizările în domeniul creșterii stării de bunăstare fizică, psihică și socială a membrilor colectivităților umane este, ca urmare, deosebit de actuală și poate suplini una dintre cerințele indicatorilor de morbiditate utilizați exagerat în prezent (număr de medici pe cap de locuitor, număr de spitalizări, număr de paturi de spital pe locuitor etc.).



Scanned with OKEN Scanner

Atît indicatorii de stare, cît și indicatorii de funcționare a sistemului de sănătate trebuie raportați prioritar la domeniul bunăstării populației, la progresele înregistrate în sfera calității vieții sociale, familiale și profesionale. Numai pe această bază se poate identifica și înregistra dinamica stării de sănătate, specifică diferitelor grupe socio-profesionale, într-o perioadă determinată de timp și se poate aduce o fundamentare științifică măsurilor de dezvoltare a societății din cadrul programelor de medicină a colectivităților.

Acești indicatori au fost utilizați în proiectarea mai multor cercetări sociologice, care au furnizat informații semnificative pentru concordanța dintre performanțele serviciilor de îngrijire medicală și aspirațiile populației.

## 10.6. PROBLEME ACTUALE ALE CERCETĂRILOR ÎN DOMENIUL SOCIOLOGIEI MEDICINEI

### 10.6.1. MANIFESTĂRI INTERNAȚIONALE DEDICATE PROBLEMELOR CERCETĂRII ÎN SOCOLOGIA MEDICINEI

Preocupările pe plan mondial în ceea ce privește cercetarea interdisciplinară și metodologia integrată în domeniul sociologiei medicinei sînt deosebit de frecvente astăzi. Multe din manifestările internaționale care au beneficiat de larga participare a specialiștilor din domeniul medicinei, sociologiei, psihologiei, ecologiei, epidemiologiei au dezbătut probleme importante în legătură cu metodologiile ei de cercetare și cu raportul dintre teorie și practică în acest domeniu.

Asemenea manifestări au avut loc la Seminarul O.M.S. de la Hanovra (1969), la conferințele internaționale de științe sociale și medicină [Aberdeen 1970 ; Elsinore 1972 și 1974 ; Jablona (Varșovia) 1973 ; Kenya 1978, Alma-Ata 1978 ; Amsterdam 1979], la congresele internaționale de sociologie de la Evian (1966), Varna (1970), Toronto (1974), Upsala (1978), ca și la diferite simpozioane și reuniuni de lucru desfășurate în alte țări.

În majoritatea discuțiilor purtate de participanți, s-a arătat rolul deosebit de important al cercetărilor de sociologie a medicinei, care dau posibilitatea unei analize complexe a factorului biologic, în funcție de variabilele sociale și pot fundamenta în mod științific deciziile din domeniul medical. S-a subliniat, de asemenea, că eficiența acestor cercetări în domeniul ocrotirii sănătății depinde în cea mai mare măsură de contribuțiile metodologiei științelor sociale și medicale, de cooperarea lor interdisciplinară în practica de investigație sociologică.

Subliniindu-se faptul că actualele dimensiuni ale sociologiei medicinei constau în caracterul interdisciplinar al conducerii cercetării, în formele unitare și integrate ale metodologiei și concepției ei teoretice, s-a arătat că această disciplină de graniță, aflată la interferența științelor sociale și medicale, a dovedit pentru prima dată că, între științele naturii și științele omului nu există bariere rigide, imuabile, de netrecut.

Un mare număr de specialiști din domeniul sociologiei medicinei, sociologiei altor domenii de activitate, medicinei, psihologiei, ecologiei



Scanned with OKEN Scanner

umane, epidemiologiei etc., au considerat că metodele și tehnicile cu aplicare în domeniul sociologiei medicinei trebuie formate și aplicate pe baza unor criterii riguros științifice, pentru a elimina empirismul și spiritul unilateral al cercetării sociologice. Schimbul de opinii între participanți a dus la conturarea netă a postulatului, conform căruia cercetarea sociologică medicală este chemată astăzi să răspundă cerințelor economice pe de o parte și celor social-politice pe de altă parte, solicitînd toate științele care se ocupă de om, în scopul elaborării unei concepții și metodologii unitare în cunoașterea problemelor sănătății populației.

În aceste condiții s-a conturat necesitatea elaborării în comun a unor decizii terapeutice și preventive, aplicabile în cadrul instituțiilor medico-sanitare de diverse grade și profiluri a unor programe analitice de învățămînt, a unor cercetări și consultații socio-medicale în familie, în colectivități, în diferite medii și contexte sociale, care să beneficieze de conjugarea eforturilor specialiștilor din științele medicale și sociale. Semnificativ este faptul că, în majoritatea țărilor cu experiență mai îndelungată în domeniul cunoștințelor metodelor de sociologie a medicinei, există în fiecare spital un medic sociolog sau un sociolog consultant, care analizează teoretic și rezolvă practic problemele socio-medicale ale instituției medicale. În urma cercetărilor efectuate, sînt organizate întîlniri între medici și bolnavi, vizite în diferite familii cu probleme specifice de morbiditate, sînt antrenați bolnavii la verificarea bugetului spitalului, la rezolvarea problemelor economice și la elaborarea deciziilor instituției medicale. La a doua Conferință internațională de la Aberdeen (Scoția), președintele conferinței Peter Mc Ewan sublinia necesitatea ca medicii sociologi să fie legați permanent de practica medicală din clinici, de cercetarea problemelor sociale dincolo de „zidurile" spitalului, pentru a putea aborda de pe poziții realiste întreaga problematică ridicată de activitatea din acest domeniu.

Dintre temele de cercetare care au fost cel mai amplu dezbătute se pot menționa : „Personalitatea și boala cronică", „Obiectivele, principiile și strategiile de investigare a stării de sănătate a populației", „Probleme sociologice ale utilizării epidemiologiei", „Aspecte interpersonale ale relațiilor medic-bolnav", „Rolul comportamentului bolnavului în restabilirea lui biologică și reintegrarea sa socială", „Zona de convergență metodologică și conceptuală pentru medicină, sociologie și psihologie socială", „Comportamentul terapeutic, cultura și comunicarea în instituțiile spitalicești", „Diferențe culturale în perceperea stării de boală și în elaborarea comportamentului față de ea", „Probleme etice în practica medicală", „Sociogeneza bolilor mentale", „Localizarea geografică și mobilitatea medicilor", „Familia și boala", „Problemele sociologiei sexualității" etc.

Este lesne de înțeles că amploarea acestor teme de cercetare constituie un indice fundamental pentru a releva că „...ceva s-a schimbat și continuă să se schimbe în lumea medicală" (M. Field) și, din acest punct de vedere, sociologia medicinei, cu posibilitățile și resursele sale conceptuale, metodologice și practice, furnizează contribuții fundamentale. Rolul cercetării sociologice medicale permite astfel să apreciem că, în viitor, problema ocrotirii sănătății se va încadra într-un cadru



Scanned with OKEN Scanner

social de referință mai larg, pentru a ține seama de multiplele variabile ale sănătății și bolii, pentru a putea fundamenta științific politica de organizare și planificare a sănătății.

### 10.6.2. DEZBATERI PRIVIND PROBLEMELE SOCIALE ȘI JURIDICE ALE MEDICINEI COLECTIVITĂȚILOR UMANE

Societatea se confundă în prezent cu probleme ale sănătății și bolii, care fac apel la rezolvări de natură politică și a căror semnificație socială crescîndă poate fi dedusă din multiplele măsuri de „management" sanitar, în domeniul metodelor și previziunilor utilizate în sectorul de îngrijire medicală.

Sănătatea și boala constituie un proces de socializare crescîndă, care necesită o responsabilitate social-economică. Consumul de asistență medicală crește la toți parametrii, iar prețul și eficiența acesteia evoluează constant, în funcție de perfecționarea serviciilor, de evoluția structurii morbidității, de structura pe grupe de vîrstă a populației. Structurile vechi de organizare nu mai corespund noilor nevoi ale populației. Revoluția industrială și urbanismul au determinat importante schimbări și restructurări în sistemul de îngrijire, în viața comunităților și a familiilor.

În științele medicale — ca științe ale actiunii —, în epistemologie, statuarea, clasificarea lor, au apărut convergențe, s-au creat alianțe interdisciplinare, care încearcă să se adapteze noilor direcții ale evoluției medicinei.

Aceste schimbări au fost dezbătute pe larg la Amsterdam, între 5 și 10 august 1979, în cadrul celei de a VI-a Conferințe internaționale de sociologie a medicinei, care a reunit peste 100 de reprezentanți autorizați din 30 de țări, șefi de departamente medicale, profesori, cadre didactice, oameni de știință și universitari de prestigiu, dintr-un număr de peste 60 de centre universitare medicale *.

Conferința s-a axat pe problematica complexă legată de trei teme majore : *„Organizarea îngrijirii sănătății într-un context politic și social"; „Luarea deciziei în politica sănătății" ; „Strategii de intervenție și măsurile de sănătate ce decurg din ele"*.

Fiecare din aceste teme a fost dezbătută în 15 secțiuni, care au abordat teme ca : îngrijirea primară a sănătății, sisteme comparative de îngrijire a sănătății, rolul publicului (consumatorului) în politica de sănătate ; probleme privind stabilirea de priorități în alocarea resurselor ;

---

* S-a remarcat participarea unor personalități de mare renume cunoscut pe plan mondial ca : Peter J. M. Ewan, directorul departamentului editorial de științe sociale și medicină din Anglia ; prof. Mikio Yamamoto, profesor la Universitatea de medicină Tokio ; J. H. Hagen, directorul departamentului de sănătate publică Utrecht ; prof. dr. Jude Thomas May, șeful departamentului de sănătate al Universității din Oklahoma ; John H. Bryant reprezentant în biroul executiv al O.M.S., Washington SUA ; dr. B. Kleczkowski, șeful departamentului serviciilor de sănătate O.M.S. ; prof. dr. Aaron Antonovsky, șeful departamentului sociologia medicinei Israel ; prof. dr. F. J. Bennette, șeful departamentului sănătate, Universitatea Nairobi; dr. Robert E. Bloom, președintele comitetului legislativ al Societății medicale — Michigan, SUA ; dr. Lucy M. Cohen, președintele societății de antropologie, Washington, SUA ; James O. Gibbs, directorul conducerii științifice a serviciilor de sănătate și cercetări proiective ; prof. dr. Y. Nuyens, șeful departamentului de sociologie a medicinei, Louvain (Belgia), observator O.M.S. etc.



Scanned with OKEN Scanner

relațiile dintre politica socială și cea medicală ; controlul costului îngrijirii sănătății ; strategii de investigație și măsurile de sănătate ce decurg din modelele de comportament privind stilul de viață ; probleme metodologice ale strategiilor de intervenție în măsurile de sănătate, probleme etice în experimentul uman etc.

Un număr apreciabil de specialiști în domeniul sociologiei medicinei, ecologiei umane și științei comportamentului sănătății a colectivității și practicii medicale au subliniat metodele prin care sociologia medicinei poate să răspundă problemelor majore pe care le ridică sănătatea și boala în condițiile civilizației actuale, analizînd relațiile asistenței medicale cu factorii social-economici și considerațiile politice într-o societate complexă, industrială.

În cadrul conferinței s-au subliniat eforturile comunității internaționale de a stabili o nouă ordine economică și socială, principiu bine definit în cadrul politicii noastre externe, care s-a bucurat de aprecieri unanime, cu mari finalități umane în domeniul sanitar și social, care să satisfacă aspirațiile omului, să mențină sănătatea, să garanteze securitatea umanității, avînd în vedere nevoile într-un context uman nou.

Discuțiile privind îngrijirea primară a sănătății în lumea a treia au evidențiat că ordinea internațională a ajuns la un moment de cotitură, că speranțele de a crea o viață mai bună pentru comuniunea familiilor umane și de a transforma societatea par iluzorii. În prezent sînt mai mulți înfometați, bolnavi, analfabeți decît în pedioada cînd O.N.U. a fost creat pentru a suprima sau remedia aceste inegalități. Lipsa unei strategii clar formulată pentru ameliorarea condiției umane, conduita morală discutabilă, presiunea ce se exercită asupra resurselor naturale, pun de multe ori în pericol integritatea socială a omului, care-și pune întrebări și are speranțe.

Conferința a definit principiile îngrijirii sănătății în cadrul politicii științifice a medicinei, subliniindu-se că în etapa actuală s-a trecut de la era empirică la era politicii științifice de menținere a sănătății. Grijile sănătății primare au devenit un concept ce însoțește judicios obiectivul : *„sănătatea pentru toți în anul 2000"*. Aceasta a fost și rațiunea Conferinței miniștrilor sănătății de la Alma-Ata din 1978.

Integritatea profesiunii medicale în procesul general de instituționalizare a actului medical și a relației medic-colectivitate-familie-grup social, abordată în același context, capătă semnificații ce depășesc sfera medicinei și necesitatea de a se clarifica aspectele teoretice și practice pentru definirea conceptelor privind locul și rolul sănătății în cadrul ordinii sociale și economice.

Orice sistem medical trebuie să fie capabil să-și modifice structura organizării și a valorilor pentru a putea rămîne viabil și eficient în raport cu cerințele asigurării condițiilor optime de bunăstare fizică, psihică și socială, membrilor societății. Sistemele naționale de îngrijire a sănătății, sublinia dr. B. M. Kleczkowski, trebuie să aibă în vedere : *impactul cu problemele de sănătate a populației ; acoperirea necesităților prin alocarea resurselor ; eficiența serviciilor în atingerea obiectivelor prin minimum posibil de cost.*

Sistemul de servicii de sănătate trebuie să ia în considerare mediul și influențele asupra sănătății, determinate de factorii fizici, sociali, geo-



Scanned with OKEN Scanner

grafici și să imprime priorități prezente și viitoare pentru comunitate-individ-familie, în cadrul structurilor organizaționale, prin echipe medicale care să aibă obiective comune, specificitatea sarcinilor, coeziune și să folosească resursele locale în cadrul unei politici științifice, strategice, în mișcare, al cărui scop să fie grija față de sănătatea populației.

O problemă majoră dezbătută a fost și revizuirea sistemului de formare a cadrelor medicale, care să țină seama de efectele tehnologiei specifice și influența acesteia din punct de vedere fizic, social și economic, ca și organizarea de centre de îngrijire a sănătății subordonate Ministerului Sănătății sau forurilor executive sau legislative, cu reprezentanți ai medicinei și ai altor categorii de populație.

Au fost discutate, de asemenea, probleme privind diversele sisteme de îngrijire medicală și s-a constatat, prin compararea datelor acumulate, că în ceea ce privește organizarea, profesiunea medicală este supusă unor critici.

Întrebarea care a atras atenția tuturor a fost legată de faptul dacă structurile medico-sanitare existente corespund noilor structuri economice, sociale, care se manifestă din ce în ce mai pregnant în societatea modernă. În lupta pentru salvarea individului de la moartea biologică, cu urmările ei în colectivitate, medicina trebuie să-și îndrepte eforturile împotriva „morții sociale", cu alte cuvinte să-și asume responsabilitatea față de colectivitate, în ceea ce privește dependența dintre starea de sănătate a forței de muncă și implicațiile economice și sociale.

Salvarea de la moartea biologică duce la dependență socială în cazul bolnavilor cronici, infirmilor și invalizilor, care trebuie să fie întreținuți de societate în timp ce salvarea de la „moartea socială" duce la integrarea acestora ca forță activă, în raport cu posibilitățile lor psihofizice, contribuind astfel la rezolvarea problemelor individuale și ale colectivității, care pe lîngă faptul că este degrevată de întreținerea lor, își sporește volumul forței de muncă activă.

Cercetări comparative în domeniul îngrijirii sănătății, efectuate pe baza noțiunii de interese diferite, pornind de la țelul schimbării anumitor obiceiuri pînă la cel al revoluției sociale, solicită eforturi în formația medicală pentru depășirea nivelului cunoștințelor biologice și sociale și pentru stabilirea sau elaborarea unei teorii corespunzătoare, în vederea unei analize comparative a eficacității serviciilor medicale preventive, curative, recuperatorii.

Trebuie să demonstrezi existența beneficiului înaintea și deasupra oricărui efect *placebo* posibil, iar demonstrația să cuprindă și comparația. Noua măsură sau intervenție propusă trebuie să demonstreze mai bine decît procedurile din serviciile existente, că beneficiul este real și nu un efect *placebo*.

Cînd două sau mai multe intervenții sînt de eficacitate și valabilitate echivalentă, este de preferat cea al cărei preț de cost este cel mai scăzut, cel mai convenabil.

Nu este utilă o intervenție dacă nu este acceptabilă din punct de vedere social și egal acceptabilă tuturor subgrupurilor sociale pentru care a fost creată. Interesante au fost și discuțiile purtate asupra faptului că medicinei nu îi revine în realitate meritul descreșterii generale a morbidității și mortalității și că factorii politici și sociali ai societății, legați de



Scanned with OKEN Scanner

condițiile de viață, de locuit, de nutriție, sanitare au o pondere tot atît de mare.

A prezentat interes poziția corectă a lui P. Wright, care a combătut tendința de acceptare a premisei potrivit căreia ar exista o medicină neutră, tehnică, independentă de societate și imună față de determinările sociale.

De menționat poziția lui M. Field, care a subliniat că, din punct de vedere istoric și spre deosebire de starea de lucruri din multe țări, organizarea politică a S.U.A. a fost preocupată doar marginal sau indirect de problemele sănătății, prestării de îngrijiri medicale și de sistemul sanitar în general. Acest sistem s-a bucurat timp de aproape două secole de un grad considerabil de libertate și autonomie, existînd doar un minimum de reglementări, directive și control din partea autorităților centrale ale statului, federale sau locale. Beneficiarii acestei politici de nonintervenție au fost pe de o parte spitalele filantropice și particulare, pe de altă parte medicii practicieni și facultățile de medicină.

Baza filozofică sau fundamentul ideologic, așa cum arăta M. Field, a acestei stări de lucruri se găsește în credința tradițională, potrivit căreia sectorul particular și mecanismele vieții libere se pot îndeplini mai bine cu cheltuieli mai mici, cu beneficii mari pentru societate și fără birocrație.

Această convingere a fost acreditată, pînă de curînd, de ideea potrivit căreia îngrijirea medicală este un bun de consum și nu o necesitate vitală, pe care individul îl cumpără dacă are posibilitatea și că societatea nu datorează nimănui îngrijire medicală. Multe semne, subliniază M. Field, arată că distanțarea dintre organizarea politică și sistemele sănătății este în curs de schimbare inevitabilă, sub impactul așa-zisei „crize a sistemului sănătății", într-o direcție care va apropia sistemul american de experiența majorității celorlalte țări.

În trecut, intervenția autorităților centrale și locale pentru a furniza servicii și sprijin se limita la anumite categorii de persoane și nu se făcea pe bază generalizată. Aspectul manifest al crizei de azi pare să fie mai mult rezultatul unor cheltuieli ce se ridică în spirală și care sînt aparent incontrolabile. Ținînd seama de faptul că sistemul sanitar este în prezent un sector important, dacă nu cel mai important al țării, impactul lui asupra țării și asupra economiei ei, asupra folosirii forței de muncă și asupra inflației, este departe de a fi neînsemnat. Aceste elemente, poate mai latente, contribuie la întărirea caracterului de urgență al sentimentului de criză și al presiunilor politice și ideologice pentru egalitate în fața bolii și a morții.

Potrivit părerilor exprimate de unii participanți, sistemul sanitar american este un „nonsistem". O atenție deosebită s-a acordat interacțiunii dintre organizarea politică și sistemul sanitar în trecutul societății americane și al altor societăți, mai cu seamă în cele care, structural, se aseamănă cel mai mult cu S.U.A. de astăzi (industriale, urbanizate, pluraliste) și unde organizarea politică a jucat un rol important mai activ decît în echivalentul lor american.

Analiza relației dintre distribuția geografică a îngrijirilor primare, situația geografică a zonelor cu multiple privațiuni sociale, comportamentul de amplasare al medicilor de medicină generală, reacția politicii statale față de aceste discrepanțe au constituit premisele comunicărilor : „*Stabili-*

*rea priorităților în alocarea resurselor"* (Harold Copeman — Anglia) și *„Privațiunile medicale, regionale și politica statală"* (Paul L. Knox — Scoția).

Aici s-a avut în vedere, în mod special, variabilele calitative intraurbane și diferențele de accesibilitate la serviciile de îngrijire primară, aspecte neglijate în formularea politicii unor state. Aceste discrepanțe întăresc diferențele spațiale de privațiuni sociale și de îngrijire medicală. Politica privind forțele medicale de muncă trebuie integrată în abordarea cuprinzătoare a planificării sociale corespunzător altor domenii.

Comunicările au analizat alocarea în funcție de criterii geografice, precum și echilibrul care trebuie menținut între serviciile medicale preventive, curative, recuperatorii și cele sociale, prin deciziile pe care le iau autoritățile centrale și locale, împreună cu planificarea strategică și operativă a serviciilor sanitare (planuri strategice pe 10 ani și planuri operative pe 3 ani, înfăptuite obligatoriu de autoritățile locale).

Au fost analizate, de pildă, dificultățile de antrenare a unor clinicieni în munca de planificare și raționalizare a prestațiilor individuale (resursele nefiind nelimitate). S-a examinat dacă informările date corespund sau nu necesităților reale ale funcționării serviciilor și modul în care bolnavul poate să influențeze rezultatele „mașinii birocratice sanitare".

Prof. dr. Yvo Nuyens, șeful departamentului de sociologie a medicinei de la Universitatea Louvain (Belgia) a subliniat *expansiunea și diversificarea domeniului sociologiei medicale și necesitatea de a forma medici* cu o astfel de pregătire pentru învățămînt, pentru practica medicală. Au fost apreciate evoluția domeniului îngrijirilor medicale și sociologiei medicale, descrierea programelor de formare din R.F.G., S.U.A., Polonia etc., formularea obiectivelor de învățămînt în facultăți și colegii medicale, elaborarea programelor analitice ; s-au apreciat de asemenea. rezultatele activității de învățămînt din R. S. România în domeniul sociologiei medicinei, iar lucrarea *Sociologia medicinei* (București, Ed. Medicală, 1976), a fost apreciată ca un document de importantă valoare culturală.

Tendința dominantă a dezvoltării sociologiei medicinei a fost calificată de prof. dr. Samuel Bloom drept o deplasare de la o disciplină bine închegată, preocupată de cunoaștere ca atare, la o adevărată știință politică, ce contribuie la aplicarea rezultatelor medicinei la problemele sistemelor de îngrijire a sănătății. Sociologia medicinei, ca parte a mișcării științelor comportamentului s-a integrat din ce în ce mai mult în procesul învățămîntului medical, în perioada anilor 1950 și 1960, de cînd primește și sprijinul guvernelor.

Ultimele două decenii sînt considerate pentru domeniul sociologiei medicinei drept o „epocă de aur", cînd există un sprijin generos atît pentru învățămînt, cît și pentru efectuarea cercetărilor fundamentale. Fazele dezvoltării apar în programele de învățămînt ale sociologiei medicinei începînd de la apariția ei ca domeniu de specialitate, pînă la elaborarea unor programe practice de formațiune.

Au fost subliniate și problemele cu care se confruntă sociologul în acest domeniu, în culegerea datelor, în înțelegerea de către ceilalți colegi a rolului său complex de expert căutat și dorit, în același timp supărător,



Scanned with OKEN Scanner

dar util și valabil pentru contribuția pe care o aduce la ameliorarea sistemului de îngrijire a sănătății, a condiției umane.

S-a remarcat, de asemenea, poziția lui Harum I. Smith în comunicarea : *„Considerente etice în cercetările asupra subiecților umani"*.

Problema consumului de îngrijiri medicale, rolul consumatorilor în politica de sănătate, orientarea birocratică a îngrijirii sănătății, studiile privind satisfacția consumatorului și conceptul de consumator au fost analizate și audiate cu interes.

Din discuțiile purtate au reieșit preocupări pentru concepte ca : sistemul medical, sistemul terapeutic sau sistemul de îngrijire a sănătății; eforturi pentru identificarea variabilelor socio-culturale care influențează structura și conținutul sănătății, ca și pentru comportamentul indivizilor și grupurilor ce fac parte din ele. Au fost intervenții care au scos în evidență variabilele independente ce determină variabile dependente în sistemul medical, privitor la conținutul ideilor de cauză, efect, prevenire, tratament și variabilele practicii, tehnicii și instituțiile privind aceste idei.

Astfel au fost subliniate : mutările actuale de control științific al episoadelor bolii — existența unui status al nevoii de îngrijire a sănătății și definirea lui ca un proces în care diferite grupuri pot fi cuprinse cu diferite grade de autoritate și responsabilitate ; diferențele în calitatea îngrijirilor (inegalității), de acces la îngrijiri (urban-rural ; statusuri sociale, etnice și alte discriminări). Eforturile actuale se depun pentru statusul de sănătate al populației, iar toate forțele medicale își îndreaptă atenția în această direcție. Aici intervin rolul jucat de medici, structura bifurcată a autorității, comportamente diferite ale medicilor față de tehnicile noi, influența medicilor în deciziile medicale etc.

Promovarea îngrijirii sănătății este bazată în practică pe metode științifice și sociale acceptabile și pe o tehnologie universal accesibilă indivizilor și familiilor din comunitate, prin întreaga lor participare la un cost pe care comunitatea și țara pot să le mențină în fiecare stadiu al dezvoltării lor în spiritul autoîncrederii și autodeterminării.

Principiile sănătății primare, pe care le subliniază dr. Rosalinda S. Valenzuela, le-ar constitui : *1)* orice formă de îngrijire a sănătății să fie posibilă pentru întreaga populație. Aceasta înseamnă că fiecare țară poate să aibă forme de îngrijire a sănătății pe care le dorește și de care are nevoie ; *2)* participarea colectivității, entitatea care își cunoaște cel mai bine problemele, este baza principiilor de îngrijire primară a sănătății ; *3)* îngrijirea sănătății să fie legată de comunitate și dezvoltarea națională, să cuprindă și alte sectoare, ca agricultura, educația, armata etc.

Problema centrală în îngrijirea sănătății primare este aplicabilă în toate țările și include 8 elemente : educația privind problema sănătății și metodele de prevenire și control ; alimentația, apa potabilă și aspectele sanitare ; îngrijirea mamei și copilului ; imunizarea contra bolilor infecțioase ; prevenirea și controlul bolilor endemice locale ; tratamentul bolilor obișnuite ; accesibilitatea directă la orice oră din zi și noapte. Cu strategiile posibile se pot avea în vedere : cooperarea-coordonarea intersectorială cu agricultura, educația și protecția mediului ; expansiunea serviciilor de sănătate existente ; crearea de noi servicii, organisme care nu există pentru îngrijirea sănătății, în raport cu posibilitățile financiare,



Scanned with OKEN Scanner

asigurarea de servicii de sănătate mobile și statice, în funcție de nevoile terenului ; supravegherea sănătății muncii ; utilizarea unor sisteme proprii de medicină în raport cu nevoile populației. Măsurarea sănătății prin: rata mortalității, a morbidității, speranța de viață la naștere etc. Actualul status de sănătate pune foarte multe probleme și obligă administrațiile să creeze noi servicii pentru noi nevoi.

Intervenția delegației române cu *„Dinamica dezvoltării acțiunii sociale și serviciile medicale în țara noastră"*, s-a bucurat de atenție deosebită prin problematica amplă pe care a abordat-o în contextul legii sanitare, al intervenției societății în organizarea ocrotirii sănătății.

Comunicarea a analizat relația dintre structurile sanitare din România, care merg în pas cu evoluția economică și socială a țării, grija față de politica de cadre medicale, circuitul acestora în raport cu nevoile de dezvoltare și profilul de morbiditate pe întreg teritoriul. Orientarea profilactică a asistenței medicale, gratuită, rațională, funcționalitatea în flux continuu, ordinea de prioritate a acțiunilor de ocrotire a sănătății, politica științifică de decizie în circuitul protejării sănătății, adaptabilitatea unităților la cerințele în creștere ale populației au atras atenția participanților.

Cel de al X-lea *Congres mondial de drept medical* care a avut loc în aceeași lună, august, 1979, la Gand în Belgia a dezbătut problemele mult discutate ale eticii medicale. S-a remarcat participarea unor personalități de mare renume : prim-miniștri, miniștri, guvernatori, membri ai congreselor, președinți de curți de apel, de tribunale internaționale, profesori universitari, medici, juriști, sociologi, șefi de departamente cu influență în statele pe care le reprezentau *. S-au susținut puncte de vedere în ceea ce privește politica sanitară, păstrarea sănătății oamenilor nu ca o problemă individuală, ci ca una care interesează întreaga societate, ceea ce reclamă acte normative de drept medical cu alt caracter, ce vor trebui incluse în drepturile și îndatoririle medicilor, ca și în preocupările de sănătate publică și de îngrijire medicală individuală.

Vicepreședintele Asociației mondiale de drept medical, A. Carmi, a subliniat că, în etapa actuală, „nu există suficiente dispoziții legale care să rezolve dilema prejudiciilor provocate de neglijențele intervenite în tratamentele medicale". (Lucrarea *„Necesitatea introducerii unor schimbări"* în „Dreptul medical în anii viitori"). Există încă, la unii medici comportamente lipsite de etică profesională. S-au înmulțit procesele intentate medicilor pentru practică necorespunzătoare, ceea ce nu constituie o soluție, fiind necesare alte alternative decît cele din prezent, care nu fac altceva decît să mărească numărul medicilor care caută, în primul rînd, să-și asigure protecția împotriva unor eventuale procese. Unii bolnavi s-au îmbogățit de pe urma unor sentințe incredibil de generoase, iar

* Amintim cîteva personalități : W. Martens, prim-ministru, R. van Elsalude ministrul justiției, A. Califice, ministrul prevederilor sociale ; Y. Ramaekens, ministrul educației naționale ; L. D. Hoore, ministrul sănătății ; R. de Kinder, guvernatorul Flandrei orientale. Decanii facultăților de medicină, drept, prof. dr. W. Spann (München) președintele Congresului, prof. dr. Eg. Spanoghe, președintele Asociației mondiale de drept medical (SUA), prof. J. Pinto Da Costa (Portugalia), dr. K. Bai (Japonia), șef departament sociologia medicinei, dr. Buris (Ungaria), prof. dr. M. K. Newman (SUA), Dr. H. Schultz, președintele Asociației pentru păstrarea sănătății (SUA), J. Mandel (RFG), J. E. Magnet (Canada) etc.



Scanned with OKEN Scanner

alții, victime ale unor tratamente necorespunzătoare, nu-și cunosc drepturile.

Același autor a făcut analiza afecțiunilor provocate direct sau indirect de unele tratamente necorespunzătoare, care sînt și vor rămîne un fenomen inevitabil, arta vindecării constituind o permanentă luptă împotriva necunoscutului și imprevizibilului. Se mai întîlnesc cazuri cînd „diagnosticul se stabilește prin ghicirea trecutului, în timp ce prognoza reflectă speranțele viitorului, iar orice intervenție medicală comportă riscuri".

În stabilirea răspunderii, magistrații se află în dilema comparării tratamentului aplicat de cel pîrît cu tratamentul probabil al colegilor săi calificați.

Juriștilor cu pregătire le lipsește totuși calificarea care să le permită o decizie informată, sau chiar numai înțelegerea unei probleme medicale complicate. Ei pot consulta experți și audia martori competenți, dar nici asocierea dintre capacitatea magistratului și cunoștințele expertului nu reprezintă garanția unei sentințe juste, deoarece există diferite curente și școli de gîndire medicale. Magistratura trebuie să fie debarasată de sarcina de a lămuri controversele medicale.

*„Locul medicilor este în spitale, nu în fața instanțelor de judecată ; ei trebuie să combată microbii, bolile, nu juriștii"*. Totuși, în caz de controversă, decizia trebuie să aparțină unor membri prestigioși ai profesiunii medicale, care să cerceteze aplicarea corectă a procedurii medicale și respectarea eticii profesionale. Acest lucru necesită noi metode de învățămînt medical și, mai ales, dezvoltarea disciplinelor social-umaniste cu implicații medicale, sociologia medicinei avînd un rol precumpănitor.

Noul domeniu al dreptului medical va trebui să îmbrățișeze aspecte diferite ale vieții ; va fi necesară luarea în considerare a moralei, sociologiei, filozofiei și a multor puncte de vedere sociologice, psihologice și ale altor științe.

În discuțiile purtate s-a avut în vedere și colaborarea pe plan mondial prin : culegerea și înmagazinarea datelor prin calculatoarele electronice în cadrul unor centre mari medico-legale ; reuniuni multidisciplinare internaționale. Materialele culese vor fi furnizate tuturor centrelor interesate, iar reuniunile vor facilita înțelegerea unor aspecte complicate, în care se interferează mai multe domenii, marile deosebiri interregionale care scot în evidență diferențele de calificare și cunoștințe se vor reduce în consecință, viitorul omenirii depinzînd de ajutorul reciproc.

Uncas Serner, secretar al Comisiei parlamentare a noii legislații sanitare și de îngrijire medicală, a făcut o analiză a reglementărilor în vigoare a îngrijirilor medicale în Suedia, subliniind că parlamentul și guvernul țării, prin legi și ordonanțe, stabilește structura organizatorică (ierarhia spitalicească, organizarea regională, tratamentul ambulator) tuturor cetățenilor, cu absolută egalitate în drepturi. Pentru propunerile făcute, autorul a subliniat necesitatea acordării mai multor drepturi bolnavului în procesul de diagnostic și tratament ; răspunderea medicului și a individului pentru sănătatea lui ; bolnavul să aibă dreptul de a obține toate informațiile privind starea lui de sănătate și tratamentele posibile. Grija față de individ, grup, colectivitate să se facă prin control planificat asupra stării de sănătate, pentru a se cunoaște din timp modificările



Scanned with OKEN Scanner

incipiente între normal și patologic ; bolnavii să beneficieze de o poziție mai puternică în procedura disciplinară, avînd dreptul să se plîngă atît comisiei de disciplină, cît și să apeleze la o instanță superioară.

Herman Iys (Belgia) a analizat legislația belgiană, legată de planificarea sistemului de îngrijiri medicale și de normele impuse cetățenilor care beneficiază de astfel de îngrijiri. Statutul nu mai permite constituirea de spitale fără un „certificat de necesitate" din partea Ministerului Sănătății și Familiei. Administrațiile spitalicești au cerut o compensație pentru această „pierdere de autonomie" sub forma cererii unui fond special, înlăturîndu-se concurența între diversele unități rezultate de pe urma „alocațiilor bugetare anuale".

P. Cocle (Belgia) a abordat necesitatea unei noi definiții a responsabilității medicale, dezbătînd problema naturii contractului între practician și bolnav și a naturii responsabilității care-l angajează pe practician. Relațiile medic-bolnav trebuie să fie relații umane și nu administrative, raportul bolnav-medic devenind un contract unde al treilea nu poate interveni. În executarea acestei convenții se poate face apel la Securitatea socială, pentru a evita ca un cost ridicat al bolii să-l împiedice pe bolnav să primească îngrijirile la care are dreptul.

Prof. dr. O. Csell a pus în discuție directivele etice și juridice ale Academiei elvețiene de științe juridice, subliniind că orice studiu experimental asupra omului trebuie să fie precedat de evaluarea corespunzătoare a riscului pe care îl implică și a beneficiului obținut pentru subiect sau colectivitate.

Eutanasia este omucidere intenționată, chiar cînd este practicată la cererea bolnavului și este plauzibilă *. Comisia academiei elvețiene de științe medicale, a subliniat autorul, este pe punctul de a elabora unele teme în vederea trasării de directive (după aprobarea senatului) pentru transplantare : și donatorul și beneficiarul trebuie să rămînă anonimi ; recomandări asupra fecundării artificiale (donatarul să rămînă anonim) etc.

Prof. dr. Aptrick A. Molinari (Canada) a subliniat că dreptul la sănătate conține, în plus, o varietate destul de întinsă de măsuri propice pentru asigurarea calității serviciilor oferite. În Canada există o comisie care controlează calitatea îngrijirilor și a actelor profesionale.

Dr. E. Kayserling (Canada) a clasificat răspunderile legale ale medicului și necesitatea unei uniformizări a acestei răspunderi, elucidarea datoriei medicilor și personalului medical în procesul de luare a deciziilor medicale ; elucidarea rolului egal al bolnavului în luarea acestor decizii, crearea condițiilor în care legislația trebuie să prevadă măsuri practice și complexe pentru a corespunde puterii crescînde, asumată de tehnologia bio-medicală.

Dr. Annik Dorsner (Franța) a avut în vedere responsabilitatea chirurgului, arătînd că medicul chirurg nu mai lucrează singur, ci în echipă, așa încît responsabilitatea se împarte mai ales între chirurg și anestezist. Fiecare este răspunzător pentru specialitatea sa. În cazul în care bolnavul a avut relații numai cu chirurgul acesta este răspunzător și pentru greșelile anestezistului ; în cazul în care bolnavul angajează

* Acecași problemă a fost ridicată de Shapiray (Israel), *Euthanasia : from the point of view of Halacha*, Gand, 1979.



Scanned with OKEN Scanner

și pe anestezist, acesta va răspunde pentru prestația sa. Demonstrarea unei greșeli medicale nu este un lucru ușor pentru victimă ; aceasta se lovește de solidaritatea echipei sau de faptul că experții, într-o expertiză, sînt înclinați să manifeste o anumită indulgență față de confrații lor. Acțiunea de reparație se substituie acțiunii de responsabilitate.

Dr. N. W. Sonit (Olanda) a recomandat elaborarea unei definiții a concepției despre tratament, care să țină seama de toate aspectele medicale, legale și sociale.

Prof. dr. Antonio De Lorenzo (Spania) a abordat „dreptul de sănătate", în care a analizat justiția ca sistem de securitate. Dreptul sanitar este clasificat în funcție de raporturi : somatic, psihic și psihosomatic. Alte clasificări privesc : dreptul sanitar primar (cerințe de asistență-prevenire, terapie, reabilitare) și patrimonial (cerințe subiective și obiective ale dreptului la sănătate, sănătatea și boala din punct de vedere juridic, codul medical ca paradigmă a actului sanitar) ; relația juridică sanitară ; toate analizate prin prisma istoriei dreptului sanitar, a dreptului sanitar comparat și a sociologiei dreptului sanitar.

O deosebită atenție a acordat-o Congresul aspectelor referitoare la problemele sociologice ale mamei și copilului în serviciile de obstetrică și ginecologie, problemelor sexualității și implicațiilor socio-psihologice, relațiilor soț-soție, copii, abandon familial. Dintre cei care au abordat această problemă amintim pe prof. dr. Hubinolt din Belgia. De asemenea, specialiștii din domeniul medical juridic, social, au demonstrat în alocuțiunile lor rolul sociologiei medicinei, care poate integra toate aceste aspecte în întreg teritoriul științei medicale.

Lucrarea delegației române, *„Relația medic-bolnav în abordarea prospectivă a modelului de îngrijire medicală"* a fost primită cu interes. Autorii au subliniat modificările fundamentale în natura și conținutul actului medical, criteriile de determinare și evaluare a standardelor de normalitate și boală. De asemenea, au fost semnalate profundele schimbări petrecute în societatea socialistă românească, ca urmare a industrializării, urbanizării, școlarizării, care au schimbat din temelii viața a milioane de oameni și au restructurat sistemul de îngrijire a sănătății, oglindit și prin elaborarea legii sanitare.

Organizarea acțiunilor de îngrijire medicală este o componentă structural funcțională a activității statului nostru, care promovează o politică de bunăstare socială în întregul sistem. La aprecierea activității medico-sanitare se ține seama de menținerea stării de sănătate a populației în condițiile unei asistențe medicale gratuite. Evoluția indicilor biologici și sociali demonstrează imensa capacitate a societății de a influența starea de sănătate a colectivității, familiei, individului. În ceea ce privește evoluția indicilor de sănătate a populației, s-a arătat că în ultimele decenii mortalitatea generală a scăzut la mai mult de jumătate, iar mortalitatea infantilă nu mai reprezintă nici 10% din indicatorii antebelici, contribuind la creșterea deosebită în ultimii ani a sporului populației și la ridicarea duratei medii de viață de la 42 de ani în cel de al treilea deceniu, la aproape 70 de ani în deceniul al șaptelea. În țara noastră politica sanitară este integrată în planul național unic de dezvoltare economică și socială, iar cercetările științifice sînt integrate în planul unic de cercetări științifice.



Scanned with OKEN Scanner

Participanții la Congres au apreciat activitatea profund umanistă de ocrotire a sănătății promovată de statul român și ideile Președintelui României exprimate cu ocazia constituirii Consiliului Superior Sanitar, ca organ de dezbatere și decizie, expresie a conducerii colective democratice în domeniul sanitar.

Au fost date ca exemplu cercetări integrate interdisciplinar, care pun accentul pe perfecționarea metodologiei și a tehnicilor de diagnostic precoce, tratament și recuperare; de cunoaștere a factorilor de risc etc.

Delegația țării noastre, reprezentată de prof. dr. Popescu Grigore, a fost solicitată să conducă lucrările Congresului în plen, în calitate de președinte al secției I. Intervențiile au provocat interes pentru școala românească de medicină și pentru realizările ei în domeniul ocrotirii sănătății.

### 10.6.3. ASPECTE ALE CERCETĂRII DE SOCIOLOGIE A MEDICINEI ÎN ȚARA NOASTRĂ

Investigațiile de sociologie a medicinei ocupă un rol devenit deja tradițional în majoritatea activității centrelor de învățămînt și cercetare cu profil social și medical din numeroase țări.

Așa cum am arătat în capitolele anterioare, preocupări pentru asemenea cercetări există și în țara noastră de mai multă vreme, odată cu crearea medicinei științifice românești. O mare parte din medicii noștri, înțelegînd importanța rolului factorilor sociali în cunoașterea și rezolvarea problemelor de sănătate, au extins cercetările dincolo de domeniul patologiei clinice, pentru a considera în mod complex totalitatea aspectelor sociale determinate de răspîndirea bolilor în societate. Majoritatea acestor studii, efectuate cu mulți ani înainte, au demonstrat că ameliorarea stării de sănătate este legată direct de creșterea nivelului de trai al populației, de îmbunătățirea condițiilor de bunăstare economică și socială a tuturor membrilor societății. Medicii patrioți de la noi, care s-au ocupat de aceste probleme, au efectuat cercetări asupra organizării sanitare și asistenței publice din domeniul rural și urban, utilizînd metoda anchetelor sociale sau sociologice de teren, metodele monografice, metodologia complexă, interdisciplinară, tehnicile statistice și epidemiologice etc., ale căror rezultate au făcut obiectul a numeroase studii, rapoarte, publicații și a unor propuneri cu caracter științific, toate avînd ca scop principal îmbunătățirea asistenței medicale din acele vremuri.

Dar, oricît de valoroase au fost concluziile și soluțiile date de aceste cercetări, aplicarea lor în practică a întîmpinat dificultăți, atît datorită insuficientului interes din partea vechiului regim, cît și datorită disponibilităților restrînse de mijloace materiale și de cadre necesare.

În anii marilor prefaceri cercetarea sociologică în domeniul medicinei a dobîndit un caracter nou și o desfășurare sistematică, pe baza unui program științific, în cadrul căruia investigațiile multidisciplinare și interdisciplinare au un rol important, care acordă componentelor sociale ale activității medico-sanitare o importanță permanentă, pentru a putea permite elaborarea unor soluții practice, eficiente pentru ocrotirea sănătății populației. Se poate afirma că în domeniul medicinei cercetarea sociologică practică a avut un cîmp larg de desfășurare,



Scanned with OKEN Scanner

chiar și în perioada în care preocupările sociologice erau mai restrînse în țara noastră. În ultimii ani, cercetările de sociologie a medicinei au fost mult îmbunătățite și dezvoltate, atît din punctul de vedere al tematicii teoretice și practice, cît și printr-o mai precisă orientare a obiectivelor și perfecționarea instrumentelor și metodelor lor de lucru.

Un rol deosebit de important l-au avut institutele de cercetare și învățămînt din țara noastră, cu profil sociologic sau altul similar, care, în decursul unei perioade relativ scurte (aproximativ 10 ani), au marcat reluarea pe o treaptă superioară a învățămîntului sociologic la noi, reușind să efectueze investigații importante în aproape toate domeniile vieții sociale, inclusiv în cel al practicii medicale.

Pe lîngă instituțiile cu tradiții în acest domeniu (Institutul de igienă și sănătate publică, Institutul de expertiză și recuperare a capacității de muncă, Institutul de antropologie, pentru a cita numai cîteva dintre ele), numeroase alte instituții, laboratoare sau alte centre de cercetare din București și din alte orașe, au abordat probleme sociologice ale sănătății și bolii de pe poziții teoretice avansate și în scopuri nemijlocit practice.

*O contribuție aparte în organizarea sistematică a învățămîntului și cercetării sociologice în domeniul medical aparține inițiativei creării — pentru prima dată în țara noastră — a unei discipline de sociologie a medicinei în cadrul Institutului Medico-Farmaceutic din București, care, de la înființarea sa în anul 1970 și pînă în prezent, a reușit să asigure studenților și medicilor cunoștințe privind structura și dinamica proceselor patologice și corelația lor cu alte fenomene și procese sociale.* Cîștigînd din punctul de vedere al coeficientului de finalitate a procesului instructiv-educativ, învățămîntul superior medical din țara noastră a beneficiat astfel de încă o bază de cercetare, necesară atît pregătirii temeinice a viitorilor specialiști, înarmării lor cu noi cunoștințe și metode sociale, cît și elaborării unor investigații sociologice în domeniul ocrotirii sănătății. Prin organizarea interdisciplinară, sociologia medicinei a dat posibilitatea extinderii preocupărilor pentru aspectele sociale ale sănătății și bolii, creînd activității medicilor și studenților în medicină un orizont mai amplu, o perspectivă strategică de abordare științific fundamentată a problemelor socio-medicale din diversele domenii ale practicii medico-sanitare. Beneficiind de activitatea unui nucleu valoros de învățămînt și cercetare, reprezentat de preocupările convergente ale specialiștilor din trei domenii de bază (medicină, psihologie, sociologie), disciplina de sociologie a medicinei a desfășurat, în scurta perioadă de la înființare, un număr mare de cercetări în cîmpul social-medical, contribuind la elaborarea și generalizarea unor măsuri eficiente pentru ocrotirea sănătății, care au răspuns activ nevoilor reale ale practicii medicale.

Se vede astfel că în lumea medicală s-a schimbat ceva și continuă să se schimbe. Se fac eforturi ca planurile de învățămînt să-și înlăture crusta de rigiditate pe care timpul a imprimat-o și, îmbinînd tradiționalul cu netradiționalul, să se adapteze la cerințele noilor sensuri de dezvoltare a medicinei moderne.



Scanned with OKEN Scanner

Reciprocitatea permanentă între opinia publică și prestigiul medical obligă medicina și medicul la o înaltă etică, medicina fiind „știință și conștiință" (Hațieganu).

Cu toate acestea, considerăm că în domeniul sociologiei medicinei și, implicit în domeniul medicinei colectivităților umane, sîntem încă la început de drum. Ținînd seama de stadiul actual al cercetărilor pe plan mondial, această activitate trebuie continuată și diversificată pe planuri multiple.

Transformările social-economice din țara noastră oferă cadrul favorabil degajării unor explicații de pe poziții marxiste, atît din punct de vedere teoretic, cît și al consecințelor practice.

Cercetarea profundă a realității socio-medicale, dezvăluirea rolului factorilor sociali în structura patogeniei umane, identificarea corelațiilor dintre progresul social, economic și spiritual pe de o parte și cerințele de ocrotire a sănătății pe de altă parte, pot întări cadrul social organizatoric al politicii sanitare, pot semnala elementele disfuncționale și pot contribui decisiv la elaborarea celor mai nimerite soluții pentru optimizarea condiției de bunăstare fizică, psihică și socială a membrilor colectivității noastre socialiste.



Scanned with OKEN Scanner

## Anexă

# EVENIMENTE SAU REALIZĂRI VIITOARE ÎN MEDICINĂ *

1. Dezvoltarea unei logici sau a unui model pentru interpretarea semnelor emise de creier, într-un context specific.
2. O înțelegere elementară a bazei moleculare a sistemelor nervoase.
3. Reducerea la o zecime a incidenței cancerului, prin reducerea substanțelor cancerigene ale ambianței și prin vaccinare și controlul cauzelor virotice.
4. Vindecarea prin chimioterapie a majorității bolilor canceroase și cardio-vasculare.
5. Sinteza unui organism viu.
6. Proteine artificiale, obținute prin procese celulare, pentru producerea unor anumite alimente.
7. Realizarea capacității de a proiecta noi organisme „artificiale", pentru producerea unor produse specifice utile.
8. Sisteme de sprijin și de eliminare a deșeurilor, construite de la început în noile locuințe.
9. Imunizarea pe scară largă împotriva bolilor virotice și bacteriene.
10. Capacitatea de a depista în stadiul „embrionar" foarte multe boli.
11. Farmacologia va deveni o știință exactă, cu noi medicamente, desemnate să provoace efecte predeterminate, pe baza unor teorii inițiale.
12. Cantificarea integrală a fiziologiei umane, exprimată sub forma unor legi fundamentale chimice și fizice.
13. Eradicarea bolilor rezultate în urma deficitului de proteine, în regiunile tropicale.
14. Soluționarea problemei histocompatibilității în transplantare.
15. Regenerarea unor organe sau a unor membre prin utilizarea controalelor embrionare și implantărilor de nervi.
16. Reproducerea genetică a bovinelor, porcinelor și galinaceelor prin transplantare nucleară.
17. Un mijloc eficient (brut încă) de control genetic.
18. Dezvoltarea unor puternice presiuni publice prin aplicarea controlului genetic.
19. Elucidarea rolului aminelor bio-genice în creier și identificarea impactului lor asupra comportamentului.
20. Realizarea unei înțelegeri suficient de corespunzătoare a senescenței și a programului ei genetic.
21. Realizarea experimentală a reproducerii artificiale umane.
22. Introducerea anticoncepționalelor în sistemul de alimentare cu apă sau în alimentele fabricate (într-una din marile țări), punîndu-se la dispoziție și antidotul necesar procreării.
23. Identificarea precoce a schizofreniei, pe cale chimică, conjugată cu mijloace preventive dietetice și chimice.
24. Introducerea în circuitul pieții a unor medicamente pentru ameliorarea sau eliminarea multor forme de boli mentale și a unor deficiențe la învățătură.

---

* *Sursa :* ALEN SHELDON.



Scanned with OKEN Scanner

25. „Bolile nervoase" vor fi înțelese sub forma unor probleme situaționale, ținînd de anumite segmente și nu sub forma unor boli care atacă organisme individuale.
26. Larga răspîndire a unor capsule chimice implantate pentru prevenirea sarcinii.
27. Realizarea unui control electronic extern asupra unor funcțiuni fizice, care să depășească cu mult vechea concepție a aparatului de stabilire a ritmului cardiac.
28. Larga răspîndire a utilizării „asistenților medicali" pentru stabilirea contactului inițial între bolnavi și sistemul de asistență medicală.
29. Facultățile de medicină vor utiliza un sistem paralel pentru pregătirea separată a medicilor specialiști și a celor de medicină generală.
30. Efectuarea resocializării studentului în medicină, astfel încît perspectiva lui să cuprindă variabilele sociale ale sănătății și bolii.
31. Acceptarea rolului fundalului social și cultural al bolnavilor în bolile psihice și somatice, eliminîndu-se practic bariera dintre aceste tipuri de boală.
32. În majoritatea orașelor, echipe de medici și asistente medicale, bine utilate și bine pregătite, vor face deplasări de urgență la domiciliul bolnavilor, cu laboratoare mobile funcționînd pe bază de computere.
33. Plasarea strategică a unor centre de sănătate bine utilate și bine încadrate cu personal, pentru acoperirea necesităților urbane, suburbane și rurale.
34. Medicii vor trebui să se supună unor reexaminări periodice pentru obținerea, în continuare, a dreptului de liberă practică.
35. Activitățile industriei medicale vor justifica peste 20% din produsul național brut.
36. Principiile ecologiei umane, mutațiilor sociale și adaptării organizatorice vor permite ca asistența, planificarea și administrarea medicală să devină o activitate de rutină.
37. Bolnavii vor ajunge suficient de bine instruiți și pregătiți pentru a îndeplini aproximativ jumătate din sarcinile îndeplinite de medici și de personalul sanitar în 1968.
38. Bolnavii aparținînd unor categorii speciale de riscuri (cardiaci, diabetici etc.) vor purta dispozitive emițătoare prin radio, dirijate prin computer, pentru a semnala modificări intervenite în funcțiile fizice.
39. Mașinile vor analiza, în mod curent, toate fluidele și funcțiile corpului și vor întocmi rapoarte de diagnostic rezumate.
40. Va avea loc o creștere de 1 000%, comparativ cu anul 1968, în îngrijirile intense spitalicești (la un înalt grad de automatizare).
41. Terapia de grup va deveni centrul de tratament psihiatric.
42. Educația elementară a cetățenilor va include disciplina relațiilor umane, pentru a-i ajuta în confruntarea cu sursele de încordare ale unei societăți din ce în ce mai complexă și din ce în ce mai săracă în resurse.
43. Deciziile medico-sociale vor fi bazate pe măsuri acceptate ca fiind „calitative" sau „de îmbunătățire" a calității vieții și nu pe morbiditate sau mortalitate.
44. Va exista o participare directă a publicului la luarea deciziilor.
45. Va exista o bază legală pentru dreptul bolnavului incurabil de a-și hotărî momentul decesului și modalitatea de îndeplinire a acestuia.

Scanned with OKEN Scanner

# BIBLIOGRAFIE


1. HUXLEY J. — Știință și sinteză, în : Știință și sinteză (traducere din franceză) colecția „Idei contemporane", Ed. politică, București, 1969, p. 77—78.
2. * * * — Citat din Constituția O.M.S. adoptată la Conferința Internațională a Sănătății, New York, 19 VI — 22 VII 1946.
3. * * * — Directivele C.C. al P.C.R. cu privire la îmbunătățirea asistenței medicale a populației din R.S.R., Ed. politică, București, 1969.
4. CEAUȘESCU N. — Cuvîntare ținută la Plenara C.C. al P.C.R., Ed. politică, București, 1968.
5. PETERS H. M. — Gesellschaftsformen der Tiere, în : Handbuch der Soziologie (ed. W. Ziengenfuss), vol. II, Stuttgart, 1956, p. 499.
6. RODNEY M. COE — Sociology of medicine, McGraw-Hill Book Company, New York, Londra, 1970.
7. BART C. — Aforismele lui Hipocrat, Ed. Medicală, București, 1974, p. 22.
8. MERTON K. — The Student Physician, Harvard University-Press, Cambridge, 1957, p. 6—7.
9. ENGELS F. — Situația clasei muncitoare din Anglia, E.L.P., 1953, p. 20.
10. SCHRYOCK R. H. — Histoire de la médecine moderne, Liberairie Armand Colin, Paris, 1956, p. 128—140.
11. BĂDINA O. — Cercetarea sociologică concretă — tradiții românești, Ed. politică, București, 1966, p. 27.
12. VIRCHOW R. — A History of Public Health, New York, 1958.
13. MARX K., ENGELS FR. — Opere, vol. VI, Ed. politică București, 1969, p. 279.
14. PFLANZ MANFRED — în : Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart, 1970.
15. ANDREI P. — Sociologia generală, Ed. Acad. R.S.R., București, 1970, p. 73.
16. HERSENI TR. — Prolegomene la teoria sociologică, Ed. științifică, București, 1969, p. 5.
17. KÖNIG R. — Sociologie, Ed. Flammarion, Paris, 1972, p. 37—41.
18. * * * — Statistical Abstract of the U.S.A., 1962, Washington, D.C., Government Printing Office, 1962, p. 66.
19. WESSEN AL. F. — Some Sociological Characteristics of Long Term Care, *Gerontologist*, 1964, 4 june, 7—14.
20. BENJAMIN V. PAUL — Health Culture and Community, Russel Sage Fondation, New York, 1955, p. 110.
21. POPESCU GR. și POPESCU A. — Conceptul de *stress* în științele biologice și sociale, *Forum*, 1973, p. 2.
22. STANLEY V., KING H. — Social Psychological Factors in Illness, în : Handbook of Medical Sociology (ed. E. Freeman, S. Levine, L. G. Reeder), Englewood Cliffs (New Jersey Prentice Hall), New York, 1963, p. 99—119.
23. MARX K., ENGELS FR. — Opere, vol. III ed. a II-a, Ed. politică București, 1962, p. 18.




Scanned with OKEN Scanner

24. CONSTANTINESCU MIRON — Introducere în sociologie, Centrul de multiplicare al Universităţii din Bucureşti, 1972, p. 3.
25. DAHRENDORF R. — Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart, 1970, p. 643.
26. LECLERQ J. — Introduction à la sociologie, Editions Nouvelles, Ed. Béatrice Nauwelaerts, Paris, 1959, p. 84.
27. CONSTANTINESCU MIRON — Cercetări sociologice, 1938—1971, Ed. Acad. R.S.R., Bucureşti, 1971.
28. LUKICI D. RADOMIR — Osnovi sociologije, citat de M. Constantinescu (24) la p. 10.
29. SZCZEPAŃSKI J. — Noţiuni elementare de sociologie, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1972, p. 24.
30. SĂHLEANU V. — Metodologia nosologiei. Metodologia medicinei sociale, în : Dialectica metodelor în cercetarea ştiinţifică, vol. II, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1966, p. 126, 127, 159.
31. STEUDLER FR. — Sociologie médicale, Librairie Armand Colin, Collection $U_2$, Paris, 1972.
32. CONSTANTINESCU MIRON — Fapte, fenomene şi relaţii sociale în : Sociologie generală — probleme, ramuri, orientări, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968, p. 9.
33. REZSOHAZY R. — Théorie et critique des faits sociaux. La renaissance du livre, Bruxelles, 1970, p. 24.
34. JANNE H. — Le sistème social. Essai de théorie générale. Ed. de l'Institut de Sociologie de l'Université Libre de Bruxelles, 1968, p. 29
35. SAND R. — Vers la médecine sociale, Paris, 1948, p. 309—310.
36. STRAUSS R. — The nature and status of Medical Sociology, *Amer. Sociol. Rev.*, 1957, 22 April, 203.
37. FREEMAN H. E., LEVINE S., REEDER L. G. — Present Status of Medical sociology, în : Handbook of medical sociology, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, New York 1963, p. 576.
38. PETIT J. M. — La médecine sociale dans la province de Liège. *Rev. Med. Liège*, 1971, XXVI, 24.
39. POPESCU GR. — Sociologia medicinei, *Viaţa med.*, 1969, 13.
40. SPIELMAN I. — Premise ale cercetării sociologice medicale, *Lupta de clasă*, 1969, 11.
41. VICENT C. E. — The family in Health and Illenss, *Ann. Amer. Acad.*, 1963, 346, 109—116.
42. MECHANIC D., VOLKART E. H. — Stress Illness, Behaviour and the Sick Role, în *Amer. Sociol. Rev.*, 1961, 26, 51.
43. MECHANIC D. — Medical Sociology, a selective view, The Free Press of Glencoe, Illinois, Chicago, 1968.
44. LENIN V. — Caiete filozofice, ESPLA, Bucureşti, 1956, 97.
45. KOSA J., ROBERTSON L. — The social aspects of Health and Illness (ed. Kosa), New York, 1969, 12.
46. FIELD M. G. — Stabilité et changement dans le système médical de la société contemporaine, *Méd. et. Hyg.* (Genève) 1969, 893, 27.
47. TÖFLER ALVIN — Şocul viitorului, Ed. politică, Bucureşti 1973, 283.
48. PARSONS TALCOTT — Definition of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure, în : Social structure and personality, *Free Press of Glencoe*, Illinois, Chicago, 1957.
49. DUMITRESCU CODREANU LUCIA — Sistemul sociologic al lui T. Parsons, Ed. ştiinţifică. Bucureşti, 1973, 86.
50. DUBOS R. — Mirage of Health, Ed. Harper & Brothers, New York, 1959, p. 98.
51. SIGERIST H. — A History of Medicine : Primitive and Archaic medicine, vol. I, Oxford University Press, 1951.
52. VLĂDUŢESCU GH. — Introducere în istoria filozofiei medievale, Ed. enciclopedică română, Bucureşti, 1973.
53. PLATON — Republica (Ed. Cezar Papacostea) Ed. Casa Şcolilor Bucureşti, 1941.
54. ARISTOTEL — Parva naturalia (ed. S. Mironescu, Constantin Noica), Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1972.
55. ROSEN G. — A History of public Health, New York, 1958.
56. DURKHEIM ÉM. — Regulile metodei sociologice, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1974.
57. PELICIER Y., MOUCHEZ PH. — Abrégé de sociologie et économie médicale, Ed. Masson et Cie., Paris, 1973.



Scanned with OKEN Scanner

387. FREEMAN R. B., HOLMES E. M. — Public health administration, Editorial Interamerican, 1960, p. 63.
388. *O.M.S.* — Série de rapports techniques, nr. 338, 1965.
389. * * * — Planification, organisation et administration des programmes nationaux d'hygiène du milieu, Rapport d'une Comité d'experts de l'OMS nr. 439, 1970.
390. * * * — Les services de santé en Europe, deuxième édition, Bureau régional de l'Europe, O.M.S., Copenhague, 1974.
391. * * * — La recherche en éducation sanitaire. Rapport d'une groupe scientifique de l'OMS, Genève, 1969, p. 16.
392. SUDINAN A. EDWARD — Sociology and the field of public health, Russel Sage Foundations, New York, 1965, p. 90.
393. ENĂCHESCU D. — Conceptul modern de sănătate, în : *Contemporanul,* 15 mai 1970.
394. FILOZOFIE ŞI MEDICINĂ (sub redacţia dr. Fl. Georgescu), Ed. medicală, Bucureşti, 1978.
395. DEREK G. GILL, TWADDLE C. ANDREW — Sociologie de la médecine, în : Rev. UNESCO, Paris, 1965, p. 397.
396. *Programul* — directivă de cercetare ştiinţifică, dezvoltare tehnologică şi de introducere a programului tehnic în perioada 1981—1990 şi direcţiile principale pînă în anul 2000, *Ed. politică* Bucureşti, 1979, p. 27.
397. *Programul* — directivă de creştere a nivelului de trai în perioada 1981—1985 şi de ridicare continuă a calităţii vieţii, Ed. politică, Bucureşti, 1979.
398. PROCA E. — Perspectivele medicinei, în : *Contemporanul,* 28 dec. 1979.
399. CEAUŞESCU N. — Cuvîntare cu ocazia constituirii Consiliului sanitar superior, în : *Scînteia* din 25 oct. 1975.
400. RADU OZUN — Cercetarea medicală ferm orientată spre rezolvarea problemelor esenţiale ale ocrotirii sănătăţii, în : *Scînteia,* 28 dec. 1979.
401. BARBANO FILIPPO — *Teoria e metodo dell'indagine nelle scienze sociali,* în : Antologia di scienze sociali (A cura di Angelo Pagnani), Il Mulino, Bologna, 1960, p. 8.
402. CLAUDE BERNARD — *Introducere în studiul medicinei experimentale,* Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1958, 87—88.
403. MAMALI CĂTĂLIN — *Limbajul cercetărilor sociale,* în : *Metode şi tehnici de cercetare în ştiinţele sociale şi politice,* Bucureşti, CIDSP, nr. 2, 1973.
404. *Continuities in the language of social research* (editat de Paul F. Lazarsfeld, Ann K. Pasanella şi Moris Rosenberg), New York, The Free Press, 1972.
405. MACHLUP FRITZ — *Methodology of economics and other social sciences,* Academic Press, New York, San Francisco, Londra, 1979.
406. POPPER KARL — *La logique de la découverte scientifique,* traduit de l'anglais, Paris, Payot, 1973.
407. RĂDULESCU S. — Relaţia dintre ipoteză şi problema ştiinţifică, *Viitorul social,* 4, 1979.
408. RĂDULESCU S. — Specificul problemelor ştiinţifice în cercetarea socială, *Rev. de filozofie,* 1, 1981.
409. RĂDULESCU S. — Cealaltă faţă a Americii — între statistică şi realitate, *Viitorul soc.,* 1977, 3.
410. RĂDULESCU S. — Sociologie şi dezvoltare, *Viitorul soc.,* 3, 1 078.
411. POPESCU A., RĂDULESCU S. — O abordare a relaţiei între sănătate, dezvoltare şi planificare socială, *Viitorul soc.,* 4, 1978.
412. RĂDULESCU S. — Eléments pour une étude sociologique du contexte culturalurbain, în : Revue Roumaine des Sciences Sociales, vol. 22, 1978.
413. RĂDULESCU S., TOBĂ LUCIA — Integrarea şi dinamica socială (Schemă de analiză conceptuală), în : Sociologie, dezvoltare, practică socială, Ed. Academiei, Bucureşti, 1979.
414. RĂDULESCU S. — Consideraţii privind utilizarea analizei de conţinut în cercetarea statistică a fenomenelor sociale, în : Studii de statistică. Probleme actuale şi de perspectivă ale statisticii economice şi sociale, D.C.S., Bucureşti, 1979.



Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

## SUMMARY

As this first edition of „The Sociology of Medicine" published in 1976 by university professor Grigore Popescu, M. D., head of the department of the sociology of medicine in the Institute of Medicine and Pharmacy, Bucharest, and dr. Sorin Rădulescu of Bucharest University ran out of print very rapidly testifying to the wide interest of the readers, of the medical profession, in the social problems confronting medicine in a pre-eminently interdisciplinary field, it has become necessary to prepare a new revised and enlarged edition.

The health care system within the general requirements of the community depending directly on the political and economic conditions, on the improving technical means, on the general cultural standards of the population in keeping with the structure of the society's value systems takes on the character of a political stand presupposing dynamism, decision-making, and foresight so that the physical, psychic and social welfare of the human community should be considered as one of the main factors of the economic and social order.

It is in this light that we approach the ideology of the medical profession which ascribes medicine a characteristic and irreplaceable role in society, a major inviolable role, namely preventing and protecting the health of human communities, examining people before they are ill, not after, they become ill since sometimes nothing can be done at that stage. At the present moment the right of everyindividual to good health confronts medicine with the need not only to treat but also to prevent, to restore the human being to the dignity it deserves through correct health care. The far reaching changes and diversifying directions that have occurred in medicine and in the social sciences, since the first edition of this work, the complex technical methodological, organizational problems regarding prevention as well as the relationship of education to practical work and socio-medical applied and theoretical research have altered the approach and ways of solving the dichotomy good-health-disease and have made it necessary to devise new strategies, and work out new decisions for preventive medical action in the health care policies.

The structural integration of health care in the general „care" system of social well-being appears today all the more necessary since the factors defining general welfare are not independent and autonomous but they influence and determine one another. The relation between good health and society is an important index in assessing general welfare.

Over the last few years, the new programmes of the WHO-adopted in Alma-Ata in 1979 — have brought to the fore a series of far-reaching changes which have altered the priority pattern of medical practice guiding it towards a genuine „era of political science in maintaining the good health of the population". The recommendations adopted by the WHO have enriched medicine with new conceptions at the same time requiring a new attitude of the mind towards these new trends in medical ideology underlying this new era whose goal is improving the quality

of life and offering each inhabitant of our planet the chance to enjoy good health by the end of the present century.

In this connection health care has increasingly taken on the character of team work which goes beyond the confines of the medical profession and its autonomy will have to be redefined in a less individualistic manner due importance being attached to the collective factor within the medical organizational structure.

In Romania the new orientation of medicine took a new juridical form by the adoption in 1978 of the „Law of insuring the health care of the population" which stipulates organizational, and social-political measures for ensuring the health care of the population, the improvement of the means and methods of preventing, eliminating, limiting, and neutralizing the risk factors causing disease and thereby contributing to the full affirmation of man's working and creative abilities.

Indeed, the medical system is undergoing a marked progress and internal differentiation passing from a simple functional state to a complex one within which it appropriates new social objectives. The tendency towards „industrializing medicine, medical action" grounded on expanding professionalism, on multi-disciplinary and inter-disciplinary application of medical action require ever more emphatically a relationship of the team-collectivity type. The qualitative change and the quantitative expansion of medical and social knowledge, the growing demands of the population for health care lend medical assistance new attributes with regard to the medicine of the healthy person whose role it is to improve the quality of life.

Viewed against a wider social background, the ever more subtle affirmation of the relation between the „ideal" of good health and the other goals and aspirations of society has proved the increasingly growing dependence of medicine on social human progress, its great contribution to improving the physical, psychic and social well-being of the human community. Furthermore, the social-economic dynamics, the technological scientific progress, the reinterpretation of the idea of recovery so as to include not just biological rehabilitation but social reintegration, and the increasing solidarity and commitment of the whole community to the maintenance of good health have brought about a great many changes in approaching the problem of health protection, new medical structures, functions and responsabilities, which has required the adoption of a sociological perspective as regards the ideas of good health and illness.

The new edition of „The Sociology of Medicine" is designed to complete and expand the theoretical model developed in the former edition, revaluing the new historical conditions of contemporary medical practice and aproaching the many problems regarding the content orientation, organization and material conditions necessary for medical assistance, the selection, training and employing of medical staff, all the measures initiated by the state in this respect.

The thematic contents of the first edition has been extended, new chapters and sub-chapters have been added in order to highlight the present-day orientation of medicine towards the community, towards the common aspects of good health and disease. This aim has made it necessary to include new thematic facets related to the new technical, professional and institutional set-up of contemporary medicine, to the changes and new directions in Romanian medicine following the measures put forward in party and state documents in the new health law of Socialist Romania.

Special importance has been attached in the present work to preventive medicine particular emphasis being placed this time on the ideas concerning health as a collective condition and the practical consequences for the whole medical and social system deriving therefrom. A significant role has been given to the most noteworthy achievements of Romanian medicine over the last few years as well as to the problems arising from the debate on the tasks assigned by the Twelfth Party Congress to the medical and para-medical staff, to the whole staff having medical responsibilites in ensuring and improving good health and general welfare on the members of our society.

It goes without saying that in order to include all these aspects the bibliographical index of the work has been extended a number of works consulted or written by the authors in the meantime have been added. Given these aims the work incorporates a vast material expounded in ten chapters each of them tackling tehoretically and methodologically by means of illustrations and comparisons — the



Scanned with OKEN Scanner

main coordinates defining socio-medical reality at the present time, the basic links between social progress and the requirements of health protection, collective health, the measures required for building a new structure of the contemporary medical system which should be responsive to progress.

The first part of the book including the first three chapters : „Sociology and the medicine of human communities", „The field and functions of the sociology of medicine of human communities" and „Social cultural reactions in the field of health and disease" deals with specific aspects of the relationship of sociology to the medicine of human communities reviewing the historical conditions when this new socio-medical discipline was set up beginning with the second half of the 19th century when the idea of mass, multitude, community was clearly defined. It was during that period that the transition from the idea of the individual to the idea of community appeared as a decisive condition for understanding the social character of the morbid processes brought about by the industrial civilization. Tackling the social dimensions of medicine at the beginning of the 20th century and the consequent need to view the pehnomena of good health and disease against a social communal context the book describes the progress of the medical science in the field of chronic and catching diseases the planned character of public health and the contemporary tendency to socially institutionalize medical action. An important place is given to the analysis of the concept of stress in the biological and social sciences, which is largely responsible for the view according to which diseases have a distinct social etiology and are essentially instances of social and cultural behaviour. Compelled to adjust to the social changes of the times medicine has had to give up the traditional viewpoints on health and disease in order to be able finally to work out a unitary outlook on its object. Decisively contributing to this process the sociology of medicine — appearing as a self-contained science over the last two decades but having an old tradition in the history of scientific knowledge — has made it possible by its cognitive, explanatory, critical, and prospective functions to understand the biological and the social depending on the social structure and the communal ambience, compelling the physician to see that the human essence is not just a natural biological entity but first and foremost a system of social relations. Defining the object and role of the medicine of human communities in relation to the thematic and applied domain of sociology the book also provides a brief historical survey of the social cultural reactions to the conditions of health and disease revealing the main stages of medicine until the moment it became a real science of social action committed to the health protection of the social milieu.

The second part of the book including the chapters „The integration of preventive medicine in the social-economic processes. The orientation to the community" and "The preventive medicine of the human communities" examines the main aspects related to the physical, psychic and social well-being of the human communities and the social demands involved in preventive medical action. Considering that health is a social problem both as regards its causes and the effects it has on the social-economic progress this part of the book is centred on the idea that contemporary medicine has to take into account to an ever larger extent the structures, functions, mechanism and dynamics of social processes, the sweeping changes in the social professional structure of the population and especially the fact that the prevention of disease is not merely a professional but a social matter. The correct understanding of this fact bears out the vast conception according to which medical activity is to be valued for its social character as well as for the contribution it brings to optimizing the relation between health, work and labour efficiency. Integrated medical care which takes into consideration the interdependence between the different conditions in the system of health care and the requirements of those in need of medical assistance involves a series of problems regarding the relation of the doctor to the patient, the judicious employment of the doctors' time, the availability of different types of care, the weight of medical assistance during certain periods of time, the shortening of hospitalization time, the greater efficiency of ambulatory treatment etc.

To cure and especially to prevent a disease by reducing or eliminating the efects it might have on the communita is to restore the members of the society to their families and to work. This idea can be better understood against the background of the preventive strategies of the society concerned.



Scanned with OKEN Scanner

In order to attain this goal, medicine is called upon to provide new preeminently preventive and prophilactic the technological, economic and social progress for the increasing exigencies of the population. In this connection the authors emphasize the need for organizing centres of health care and treatment of disease as well as centres of diagnosis and superspecialized treatment stressing the fact that health care as part of integrated, well-organized, efficient medicine brings a significant contribution to the country's economy and to the smooth running of production and of society as a whole.

These two chapters of the book expound the basic issues and concepts involved in the study of the human communities and they also treat of the sociology of sexuality and demographic behaviour. Examining the relationships between the evolution of society, demographic behaviour and the social rules governing sexuality as a basic principle underlying family behaviour the book describes this dimension of the individual life as part of a wider behaviour pattern in the bio-physical, affective, psychic, moral and social fields. Checking the demographic factors and the social-global area of the medicine of human communities, examined in distinct sections of the two chapters, fully bears out the view of the authors according to which a symptomatic treatment of disease is not sufficient since the latter has a marked social character requiring a casual approach.

The third part of the book including the chapters „Sociological criteria in approaching health and disease in human communities", „Social character of diseases", „Goals and priorities in working out strategies in preventive medicine" and „The Sociology of the Hospital as an Institution of Medical Social Control" dwells at length on the role of institutionalized control systems in maintaining and improving the health of the population outlining the different functions and structures of the contemporary medical systems by means of the comparative method. At the same time an examination is undertaken of the various sociological views on the idea of disease the logical and methodological significance of this idea, the dimensions of health as a normal state and the normative cultural standards of society. Special importance in these chapters is attached to describing the criteria regarding the sociological perspective on the normal and pathological as well as the biological, psychological and social factors defining good health. Reviewing the different theories and conceptions on the „normative" revaluation of the influences of the social, cultural, ecologic and biological environment, facilitates a better understanding of the social factor in medicine and of health culture viewed as an integral part of the ideals, goals and aspirations for well-being of the human community. Ascribing the idea of „multiple factor etiology" a profoundly sociological importance and establishing a close relation-ship between this idea and the use of the epidemiological method in medicine and the study of differentiated morbidity, the authors also describe the role of different variables of the social environment in conditioning the health of the population, variables pertaining to the individual qualities and more especially to those arising from the life mode or life „style" of the population. The comparative survey of the contemporary medical systems enables the authors to reveal some of the flaws and contradictions of the medical social activity and to outline some future tendencies in the scientific organization and management of health care and the strategic programmes for improving the welfare of the human communities. These assessments are specifically focussed on the hospital viewed as an institution of medical social control whose evolution has been paralleled by the most progressive trends in the medical science and technology. The work examines successively the main structural characteristics of the contemporary hospital, its formal and informal aspects, the psycho-sociological coordinates of hospitalizing patients the characteristic features of the status of the doctor and the patient and the need is emphasized for integrating medical and social activities in a judiciously structured and functionally divided institutional set-up.

The last chapter of the book, „Methodology of Research in the Field of Medicine of the Human Communities" contains a number of new elements materialized especially in the description of the informational system which provides data about the relation of health to the social problems and about the role of the social indices in planning the management and organization of health care. Revealing the importance of sociological methodology for scientifically grounding the health of human communities the authors examine the main inter-disciplinary conditions of



Scanned with OKEN Scanner

the medical, social field, the basic rules of sociological knowledge, the chief sociological methods and techniques and different complementary methodologies, assessing both their merits and limitations. The last topics tackled in the book concern the role of contemporary research in the field of preventive medicine of the human communities and the most significant international scientific manifestations and meetings devoted to research in the sociology of medicine, and to juridical research applied specifically to the medical action. The last section of the book surveys the research into the sociology of medicine carried out in Romania.

The second edition of „The Sociology of Medicine" rounds off the analysis undertaken in the first edition and is designed, as its predecessor, to serve as a theoretical and practical guide, an instrument in the activity of the different categories of specialists in the field of medical and social sciences as well as for the use of students.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

## RÉSUMÉ

L'épuisement rapide de la première édition du travail „La sociologie de la médecine" élaboré en 1976 par le professeur universitaire dr. Grigore Popescu, chef du département de sociologie de la médecine de l'Institut de Médecine et de Pharmacie de Bucarest et par le dr. Sorin Rădulescu de l'Université de Bucarest, prouvant l'intérêt large du public, du corps médical pour les problèmes sociaux avec lesquels est confrontée la médecine dans un domaine par excellence interdisciplinaire, a rendu nécessaire la préparation d'une nouvelle édition revue et augmentée.

Le système de soigner la santé dans le cadre des besoins généraux de la collectivité évoluant en rapport direct avec les conditions politiques, économiques, avec le perfectionnement des moyens techniques, avec les modèles généraux de culture de la population en fonction de la structure des systèmes de valeurs de la société acquiert un caractère d'attitude politique qui réclame dynamisme, option, prévision, tandis que nous considérons le bien-être physique, psychique et social de la collectivité humaine comme l'un des facteurs principaux de l'ordre social et économique.

C'est dans ce sens que nous abordons l'idéologie de la profession de médecin qui confère à la médecine un rôle caractéristique irremplaçable dans la société, de premier ordre et qui semble inviolable : prévenir et protéger la santé des collectivités humaines, voir les hommes avant qu'ils ne soient malades, non pas intervenir après que l'homme est tombé malade lorsque, parfois, il n'y a plus rien à faire. Dans l'étape actuelle, le droit de chaque individu à la santé impose à la médecine la responsabilité d'assumer l'obligation sociale qui consiste non seulement à traiter mais aussi à prévenir, à restituer à l'être humain la dignité qui lui est due par l'application d'un traitement correct.

Dans l'intervalle écoulé entre les deux éditions, les profondes transformations et diversifications en médecine ainsi que dans le domaine des sciences sociales-humaines, la problématique complexe préventive techno-méthodologique, organisationnelle, ainsi que la relation entre enseignement, pratique et recherche fondamentale et applicative socio-médicale ont modifié le mode d'aborder et de résoudre le concept état de santé et maladie des collectivités humaines et ont imposé le choix de nouvelles stratégies et décisions de l'acte médical préventif dans la politique sanitaire.

L'intégration structurelle des soins accordés à la santé dans le système général de „soins" du bien-être social s'impose aujourd'hui, d'autant plus que toutes les composantes du bien-être général ne sont ni indépendantes ni autonomes, mais s'influencent et se déterminent réciproquement. La relation entre santé et société s'avère un indicateur important de l'appréciation du bien-être général.

Au cours des dernières années les nouvelles orientations de l'O.M.S. — adoptées en 1979 à Alma-Ata — ont amené dans le centre de l'attention une série de changements structuraux qui ont modifié les priorités de la pratique

médicale, l'orientant vers une véritable „ère de la science politique de conservation de la santé de la population". Les recommandations adoptées enrichissent la médecine de nouvelles conceptions et, en même temps, modifient l'attitude vis-à-vis des nouvelles tendances de l'idéologie médicale constituant le fondement de cette ère nouvelle dont l'objectif est d'améliorer la qualité de la vie humaine et d'offrir à chaque habitant de cette planète la chance de jouir d'un maximum de bonne santé à la fin de ce siècle.

Dans ce sens, les soins accordés à la santé représentent de plus en plus les caractères d'un travail en équipe, ce qui dépassera le cadre de la profession médicale, son autonomie y sera définie à nouveau d'une manière moins individuelle et plutôt collective à l'intérieur même de la structure d'organisation médicale.

En Roumanie la nouvelle orientation de la médecine a acquis une forme juridique inédite par l'adoption, en 1978, de la „Loi concernant l'assurance de la santé de la population" qui mentionne des mesures d'organisation, sociales-politiques qui assurent la santé de la population, le perfectionnement des moyens et des méthodes de prévention, élimination, limitation, neutralisation des facteurs de risque qui conduisent à l'état de maladie, dans le but de l'affirmation plénière de la capacité de travail et de création de l'homme.

En effet, le système médical se trouve dans un procès de progrès accentué et de différentiation interne, passant d'un état fonctionnel simple à un état complexe, dans le cadre duquel ses fonctions assimilent de nouveaux objectifs sociaux. Les tendances „d'industrialisation de la médecine, de l'acte médical", basées sur l'extension de plus en plus large de l'activité professionnelle, sur la pratique des actions médicales de manière intégrée „pluri"- et interdisciplinaire imposent de façon prégnante une relation du type équipe opérationnelle — collectivité. La modification qualitative et l'expansion quantitative des connaissances médicales, sociales, l'accroissement des demandes de soins médicaux de la part de la population imprime de nouvelles attributions dans le contenu des prestations médicales en ce qui concerne la médecine de l'homme bien-portant, qui a le rôle de contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie.

Sur un plan social plus large, l'affirmation de plus en plus nuancée de la relation entre „l'idéal" de la santé et les autres buts et aspirations de la société ont prouvé la dépendance de plus en plus étroite entre la médecine et le progrès social-humain, sa qualité de contribuer de près au bien-être physique, psychique et social des collectivités humaines. D'autre part, la dynamique socio-économique, les progrès techno-scientifiques, l'extension de la notion de guérison depuis le simple rétablissement biologique jusqu'à la réintégration sociale et, en même temps, l'accroissement du sentiment de solidarité et de responsabilité de toute la collectivité vis-à-vis de la santé ont conduit eux-aussi à maints changements dans le mode d'aborder le problème de protection de la santé, à de nouvelles structures, rôles et responsabilités médicales, ce qui a imposé l'adoption d'une perspective sociologique sur les notions collectives de santé et de maladie.

En élaborant la nouvelle édition du livre „La sociologie de la médecine" les auteurs se proposent de compléter et d'élargir le modèle théorique développé dans la première édition, évaluant les nouvelles conditions historiques de la pratique médicale contemporaine et abordant les multiples problèmes du contenu, de l'orientation, du mode d'organisation et des conditions matérielles nécesssaires à l'assistence médicale, de la sélection, préparation et utilisation du personnel médico-sanitaire, de tout le complexe de mesures initiées par l'état dans ces directions.

Dans ce sens, l'ancien contenu thématique de la première édition a été étendu, en lui ajoutant de nouveaux chapitres et sous-chapitres dont l'objectif principal est la mise en évidence de l'orientation actuelle de la médecine vers la collectivité, vers les aspects collectifs de la santé et de la maladie. Cet objectif a déterminé, à son tour, l'exigence d'englober de nouveaux aspects thématiques rattachés au nouveau profil technique, professionnel et institutionnel de la médecine contemporaine, aux changements et aux orientations nouvelles de la médecine roumaine par suite des mesures élaborées par les documents du parti et de l'état, de la nouvelle loi sanitaire de la Roumanie socialiste.



Scanned with OKEN Scanner

Une importance significative a été accordée, dans ce travail, à la discussion des aspects de médecine préventive dans les collectivités humaines, en insistant, cette fois-ci, plutôt sur les notions concernant la santé comme état collectif et sur les directions à adopter qui en résultent pour l'ensemble du système médical et social. Une place à part a été destinée aux réalisations notables de la médecine roumaine, durant les dernières années, ainsi qu'aux problèmes soulevés par les débâts sur les charges tracées par le XIIe Congrès du parti, à notre appareil médical et paramédical, à tous ceux qui ont des responsabilités médicales et sanitaires pour l'assurance et le développement de la santé et du bien-être général des membres de la société.

Il est bien entendu que pour permettre d'englober tous ces aspects, l'annexe bibliographique du livre a été augmentée, en y ajoutant à la nouvelle édition encore un nombre de travaux consultés ou rédigés personnellement par les auteurs, dans l'intervalle entre les éditions.

Étant subordonnée aux buts proposés, la structure du travail incorpore un matériel ample, qui se déploie au long de 10 chapitres, chacun d'eux abordant, du point de vue théorique et méthodologique — par de multiples illustrations et comparaisons — les principales coordonnées qui définissent la réalité actuelle socio-médicale, les corrélations fondamentales entre le progrès social et les exigences de la protection de la santé collective, les mesures nécessaires actuellement pour l'édification d'une structure novatrice, perméable au progrès, du système médical contemporain.

*La première partie du travail* (comprenant les trois premiers chapitres du travail : „Sociologie et médecine des collectivités humaines", „Domaine et fonctions de la sociologie de la médecine dans les collectivités humaines" et „Réactions socio-culturelles dans le domaine de la santé et de la maladie") s'occupe des aspects spécifiques de la convergence entre sociologie et médecine des collectivités humaines, en évaluant les conditions historiques de constitution de cette nouvelle discipline socio-médicale, dès la période de la seconde moitié du XIXe siècle lorsque la notion de masse, foule, de collectivité s'y renforce de plus en plus. On souligne dans ce sens que, pendant la période mentionnée, le passage de la notion d'individu à celle de collectivité apparaissait comme une condition décisive pour la compréhension du caractère social des processus morbides déterminés par la civilisation industrielle. Abordant ensuite les dimensions sociales de la médecine du début du XXe siècle, conjointement avec la nécessité d'intégrer les phénomènes de santé et de maladie dans un contexte collectif, le travail mentionne le progrès enregistré par les sciences médicales dans le domaine de l'épidémiologie des maladies chroniques et infectieuses, le caractère planifié des aspects de santé publique et les tendances contemporaines d'institutionnalisation sociale de l'acte médical. Une place à part est attribuée à la discussion du concept de stress dans les sciences biologiques et sociales qui a contribué en grande mesure à la conception selon laquelle les maladies ont des étiologies sociales distinctes et sont par essence des phénomènes de comportement social et culturel. Étant obligée de s'adapter aux changements sociaux de l'époque, la médecine a été contrainte de quitter l'exclusivité des points de vue traditionnels sur la santé et la maladie, pour s'approprier finalement une conception unitaire sur son objet d'étude. Contribuant de façon décisive à ce procès, la sociologie de la médecine — qui est apparue comme science à statut constitué à peine au cours des deux dernières décennies, mais à traditions de longue date dans l'histoire de la connaissance scientifique — a permis (par ses fonctions cognitives,



Scanned with OKEN Scanner

explicatives, critiques, prédicatives et prognostiques) la compréhension du biologique et du social en fonction des structures sociales et de l'ambiance collective, en déterminant le médecin à comprendre que l'essence humaine n'est pas seulement une entité biologique naturelle, mais en premier lieu un ensemble de relations sociales. En définissant l'objet et les fonctions de la médecine des collectivités humaines en rapport avec la sphère thématique et applicative de la science sociologique, le travail développe aussi une brève incursion historique dans le domaine des relations socio-culturelles vis-à-vis de la santé et de la maladie, abordant tour à tour les principales étapes de la médecine, jusqu'à sa constitution comme une véritable science de l'action sociale, impliquée dans la protection sanitaire du milieu social.

*La deuxième partie du travail* (comprenant les deux chapitres suivants : „L'intégration de la médecine préventive dans les procès sociaux-économiques. Orientation vers la collectivité" et „La médecine préventive des collectivités humaines") se propose de discuter les principaux aspects reliés au bien-être physique, psychique et social des collectivités humaines et aux exigences sociales de l'acte médical préventif. Considérant que la santé est un problème social tant par ses causes que par les effets qu'elle renforce pour le progrès social-économique, cette partie du travail est axée sur l'idée que toute la médecine contemporaine doit tenir compte de plus en plus de la structure, des fonctions, mécanismes et dynamique des procès sociaux, des amples mutations qui ont eu lieu dans les structures socio-professionnelles de la population et surtout du fait que les problèmes de prévention des maladies n'ont pas seulement un caractère strictement professionnel, mais surtout un caractère social. En comprenant la signification de ce fait on se rallie à la conception plus large, selon laquelle l'activité médicale doit être envisagée tant sous l'aspect du caractère social de ses prestations, que par sa contribution à l'amélioration du rapport entre santé — travail — productivité. En accordant des soins médicaux intégrés, qui tiennent compte du degré d'interdépendance entre les divers états du système des services de santé et les sollicitations des consommateurs de soins médicaux, y implique aussi une série de problèmes reliés au rapport médecin-malade, l'utilisation rationnelle du temps des médecins, l'adressabilité pour divers types de traitement, l'importance de l'assistance dans certaines périodes, la réduction de la durée d'hospitalisation, l'augmentation de l'efficacité du traitement ambulatoire etc. L'idée selon laquelle guérir, mais surtout prévenir une maladie, en diminuant ou en éliminant les effets qu'elle pourrait produire, dans le cadre de la collectivité, signifie au fond de rendre à la famille et à la production les membres de la société, peut être comprise aussi en fonction de la stratégie des actions préventives de la société dont il s'agit.

Pour atteindre ce but, la médecine est appelée à répondre avec de nouveaux services dont l'orientation prépondérente est préventive et prophylactique afin de pourvoir à une gamme large de nécessités, réclamées par les particularités du progrès techno-économique et social et par les exigences de la population. Un rôle important est attribué, dans cette partie du travail, à la nécessité d'organiser des centres destinés à soigner la santé et la maladie, ainsi que des centres de diagnostic et de traitement supraspécialisés, en soulignant le fait que soigner la santé dans le contexte d'une médecine intégrée, bien organisée et efficace contribue en grande mesure à l'économie du pays et au bon fonctionnement de la production et de la société.



Scanned with OKEN Scanner

Dans le cadre de ces deux chapitres du travail y sont développés les problèmes et les notions fondamentales impliquées dans l'étude des collectivités humaines, en même temps que des éléments de sociologie de la sexualité et du comportement démographique. En analysant les rapports entre le développement de la société, le comportement démographique et les réglementations sociales de la sexualité comme substratum intime de tout comportement familial, le travail présente cette dimension de la vie de l'individu comme partie composante d'un comportement général plus large dans les domaines : bio-physique, affectif, psychique, moral et social. En tant que parties distinctes des mêmes chapitres, la discussion des modalités de contrôle des indicateurs démographiques et du champ social-global de la médecine des collectivités humaines, s'avère en parfait accord avec la conception des auteurs, selon laquelle un traitement symptomatique de la maladie ne suffit pas, étant donné qu'elle a un puissant caractère qui sollicite un abord causal.

*La troisième partie du travail* (comprenant les chapitres „Critères sociologiques dans le mode d'aborder l'étrat de santé et de maladie des collectivités humaines", „Caractères sociaux des maladies", „Objectifs et priorités dans l'élaboration des stratégies de la médecine préventive" et „La sociologie de l'hôpital en tant qu'institution de contrôle médico-social") offre une présentation plus large du rôle des systèmes de contrôle institutionnalisé pour la conservation et le développement de la santé de la population, présentant, à l'aide de la méthode comparative, les diverses fonctions et structures des systèmes médicaux du monde contemporain. En même temps y sont abordées les différentes conceptions sociologiques sur la notion de maladie, la significaion logique et méthodologique de cette notion, les dimensions de la santé comme état normal et les modèles normatif-culturels de la société. Un rôle à part, dans la structure de ces chapitres, revient à la discussion des critères concernant la perspective sociologique sur le normal et le pathologique ainsi que des paramètres (biologiques, psychologiques et sociaux) qui définissent l'état de santé. La présentation des diverses théories et conceptions sur la mise en valeur „normative" des influences exercées par le milieu biologique, écologique, socio-culturel permet, dans l'ensemble, une compréhension plus adéquate du social en médecine et de la culture de la santé, conçue comme partie intégrante des idéaux, des buts et des aspirations de bien-être de la collectivité sociale. Accordant, dans ce contexte, à la notion d'„étiologie plurifactorielle" une signification profondément sociologique et la mettant en relation directe avec l'importance d'utilisation de la méthode épidémiologique en médecine et avec l'étude de la morbidité différentielle, les auteurs présentent, en même temps, le rôle des diverses variables du milieu social dans le conditionnement de l'état de santé de la population, celles qui relèvent directement des caractéristiques personnelles de l'individu ainsi que, surtout, celles qui dépendent du mode ou du „style" de vie de la population. La présentation comparative des systèmes médicaux contemporains permet aux auteurs de relever quelques-unes des dysfonctions et des contradictions actuelles de l'activité médico-sociale et de mettre en évidence quelques-unes des tendances prochaines de la direction et de l'organisation scientifique de la santé et des programmes stratégiques pour le développement de la condition de bien-être des collectivités humaines. Ces évaluations sont centrées spécialement sur la considération de l'hôpital comme institution de contrôle médico-social dont l'évolution historique a été accompagnée par les tendances les plus progressistes de la science et de la technique médicale. On analyse, tour à tour, dans le travail les principales caractéristiques structura-



Scanned with OKEN Scanner

les de l'hôpital contemporain, ses aspects formels et informels, les coordonnées psycho-sociologique de l'hospitalisation du malade, les éléments caractéristiques du *status* et du rôle du médecin et du malade et l'on fait des références à la necessité d'intégrer les activités médicales et sociales dans un ensemble institutionnel bien structuré et compartimenté du point de vue fonctionnel.

*Le dernier chapitre du travail* („La méthodologie de la recherche dans le domaine de la médecine des collectivités humaines") apporte une série d'éléments inédits par rapport à la première édition, concrétisés surtout dans la présentation du système informationnel qui fournit des données sur les relations entre la santé et les problèmes sociaux et sur le rôle des indicateurs sociaux dans la planification de l'activité de direcion et d'organisation de la santé. En faisant ressortir l'importance de la méthodologie sociologique pour la consolidation scientifique de la santé des collectivités humaines, on analyse les principales conditions interdisciplinaires du domaine médico-social, les règles fondamentales de constitution de la connaissance sociologique, les principales méthodes et techniques sociologiques et les différentes méthodologies complémentaires, en évaluant leur valeur, ainsi que leurs limites. Les dernières problèmes traités s'occupent du rôle des recherches actuelles dans le domaine de la médecine préventive des collectivités humaines et de l'essence des plus importantes manifestations et réunions scientifiques internationales consacrées aux problèmes de recherche en sociologie de la médecine ainsi qu'aux problèmes à contenu juridique appliqués au spécifique de l'acte médical. Le travail finit par une présentation synthétique des aspects fondamentaux des recherches de sociologie de la médecine en Roumanie.

De cette manière, la IIe édition du travail „La sociologie de la médecine" complète — avec des éléments supplémentaires et de nouvelles informations — l'analyse effectuée dans la première édition, en se proposant ainsi cette fois-ci d'être un guide à valeur théorique et pratique, un instrument de travail orientatif pour l'activité des différentes catégories de spécialistes qui travaillent dans le domaine des sciences médicales et sociales ainsi que des étudiants.

Scanned with OKEN Scanner

## ZUSAMMENFASSUNG

Da die erste Auflage der Arbeit „Medizinsoziologie", ausgearbeitet im Jahre 1976 von Prof. Dr. Grigore Popescu, dem Chef des Departements für die Medizinsoziologie, Institut für Medizin und Pharmakologie Bukarest, und von Dr. Sorin Rădulescu von der Universität Bukarest, sehr schnell vergriffen ist, was von einem großen Interesse der Öffentlichkeit und der Ärzteschaft für die sozialen Probleme zeugt, mit denen sich die Medizin in einem ausgesprochen interdisziplinären Bereich auseinandersetzt, war es notwendig, eine neue, durchgesehene und erweiterte Auflage vorzubereiten.

Das System der Gesundheitspflege im Rahmen der allgemeinen Bedürfnisse der Gemeinschaft, welches sich im direkten Verhältnis zu den politischen, ökonomischen Bedingungen, zu der Vervollkommnung der technischen Mittel, zu dem allgemeinen Kulturniveau der Bevölkerung je nach den Wertsystemen der Gesellschaft entwickelt, bekommt den Charakter einer politischen Stellungnahem, welche Dynamismus, Option und Voraussicht braucht und wir betrachten den physischen und sozialen Wohlstand der menschlichen Gemeinschaft als einen der Hauptfaktoren der sozialen und ökonomischen Ordnung.

In diesem Sinne betrachten wir die Ideologie des Berufes eines Arztes welcher der Medizin eine charakteristische, unersetzbare Rolle in der Gesellschaft zuschreibt und welcher sich im Vordergrund befindet und unantastbar zu sein scheint: Präventivbehandlung und Bewahrung der Gesundheit der menschlichen Gemeinschaften, Untersuchung der Menschen, bevor sie krank werden und nicht erst nach der Erkrankung eingreifen, wenn es manchmal schon zu spät ist. Das Recht des Individuums auf Gesundheit stellt in der gegenwärtigen Etappe die Medizin vor die Verantwortung, die gesellschaftliche Pflicht zu übernehmen, nicht nur zu behandeln, sondern auch zu verhüten und Menschen die Würde wiederzugeben, die ihm durch autrichtige Pflege gebührt.

Die zwischen diesen beiden Auflagen erschienenen tiefen Veränderungen und Vielfältigkeiten sowohl in der Medizin als auch auf dem Gebiet der Gesellschaftswissenschaften, sowohl die vielseitige, technisch-methodologische, die Organisation betreffende Präventivproblematik, als auch das Verhältnis zwischen dem Schulwesen, der Praxis und den grundlegenden und angewandten sozial-medizinischen Forschung haben die Art und Weise der Betrachtung und der Lösung des Begriffs des Gesundheits- und Krankheitszustands der menschlichen Gemeinschaften geändert und setzten die Wahl neuer Strategien und Entscheidungen der medizinischen vorbeugenden Tätigkeit in der Gesundheitspolitik voraus. Je mehr alle Komponenten des allgemeinen Wohlstands nicht unabhängig und nicht autonom sind, und sich gegenseitig beeinflussen und bedingen, desto dringender erscheint heutzutage die strukturelle Eingliederung der Gesundheitspflege in das allgemeine System der „Pflege" des sozialen Wohlstands. Der Zusammenhang Gesundheit — Gesellschaft erscheint als ein wichtiges Merkmal der Einschätzung des allgemeinen Wohlstands.



Scanned with OKEN Scanner

Die neuen Orientierungen der Internationalen Organisation für Gesundheitswesen, die im Jahre 1979 in Alma-Ata angenommen wurden, rückten in den letzten Jahren in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit eine Reihe von strukturellen Veränderungen, die die Prioritäten der ärztlichen Praxis geändert und diese auf eine wahre „Ära der politischen Wisseneschaft der Bewahrung der Gesundheit der Bevölkerung" gerichtet haben. Die angenommenen Empfehlungen bereichern die Medizin mit neuen Auffassungen und ändern gleichzeitig die Einstellung zu den neuen Tendenzen der medizinischen Ideologie, welche die Grundlage dieser neuen Epoche bilden, die das Ziel hat, die Qualität des menschlichen Lebens zu verbessern und jedem Bewohner dieses Planeten die Möglichkeit zu bieten, gegen Ende unseres Jahrhunderts in möglichst bester Gesundheit zu leben.

In diesem Sinne stellt die Gesundheitspflege immer deutlicher die Eigenschaften einer Gemeinschaftsarbeit dar, was den Rahmen des ärztlichen Berufes überschreiten wird; seine Autonomie wird weniger auf individuelle Weise sondern vielmehr auf eine kollektive, im Interesse der ärztlichen organisatorischen Struktur neudefiniert.

Die neue Orientierung der Medizin hat in Rumänien eine ganz neue juristische Form durch die Verabschiedung im Jahre 1978 des „Gesetzes betreffs der Sicherung der Bevölkerungsgesundheit" erhalten, das die organisatorischen, sozial-politischen Maßnahmen für die Sicherung der Bevölkerungsgesundheit, die Vervollkommnung der Mittel und der Methoden zwecks der Vorbeugung, Beseitigung, Begrenzung, Aufhebung der zur Erkrankung führenden Risikofaktoren anführt, um die vollständige Durchsetzung der Arbeits- und Schöpfungsfähigkeit des Menschen zu sichern.

Das ärztliche System befindet sich wirklich in einem starken Wachstumsprozeß und von einem inneren Differenzierungspozeß, dar von, einfachen zu einem vielseitigen funktionellen Zustand übergeht, in dessen Rahmen seine Funktionen neue soziale Bereiche assimilieren. Die Tendenzen der Industrialisierung der Medizin, der ärztlichen Tätigkeit, die auf der immer stärkeren Ausweitung des Berufscharakters, auf der „multi"- und interdisziplinärweisen Ausübung der ärztlichen Tätigkeiten beruhen, setzen immer deutlicher ein Verhältnis des Typs einer Arbeitsgruppe voraus.

Die qualitative Veränderung und die quantitative Verbreitung der medizinischen und sozialen Kenntnisse, das Wachstum des Pflegeverlangens seitens der Bevölkerung prägen dem Begriff der ärztlichen Leistungen neue Aufgaben betreffs der Medizin des gesunden Menschen auf, der zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt.

Die immer nuanciertere Durchsetzung des Verhältnisses zwischen dem „Gesundheitsideal" und den anderen Zwecken und Bestrebungen der Gesellschaft haben auf einer breitern sozialen Ebene sowohl eine immer engere Abhängigkeit zwischen der Medizin und dem gesellschaftlich-menschlichen Fortschritt, als auch die Eigenschaft der Medizin, zu dem physischen, psychischen uns sozialen Wohlstand der menschlichen Gemeinschaften beizutragen, bewiesen. Sowohl der sozial-ökonomische Dynamismus, die technisch-wissenschaftlichen Fortschritte, die Verbreitung des Heilungsbegriffes von der einfachen biologischen Genesung zu der sozialen Reintegrierung als auch das Wachstum des Solidaritäts- und Verantwortungsgefühls der ganzen Gemeinschaft gegenüber der Gesundheit haben andererseits zu zahlreichen Veränderungen betreffs der Betrachtung des Problems des Gesundheitsschutzes, zu neuen Strukturen, Rollen und ärztlicher Verantwortlichkeit geführt, was die Annahme einer soziologischen Perspektive betreffs der kollektiven Begriffe der Gesundheit und Krankheit erforderlich machte.

Die Ausarbeitung der neuen Auflage der „Medizinsoziologie" hat sich vorgenommen, das theoretische, in der ersten Auflage entwickelte Modell zu ergänzen und



Scanned with OKEN Scanner

zu erweitern, indem die neuen historischen Bedingungen der gegenwärtigen medizinischen Praxis eingeschätzt und die vielfältigen Fragen des Inhalts, der Orientierung, der Art und Weise der Organisierung, der der ärztlichen Hilfe notwendigen materiellen Bedingungen, der Auswahl, Ausbildung und Verwendung des Ärzte- und Sanitätspersonals, der Gesundheit der in dieser Richtung von der Gesellschaft getroffenen Maßnahmen behandelt werden.

In diesem Sinne wurde der alte thematische Gehalt der ersten Auflage erweitert, es wurden neue Kapitel und Unterkapitel hinzugefügt, deren Hauptanliegen die Hervorhebung der gegenwärtigen Orientierung der Medizin auf die Gemeinschaft, auf die gemeinsamen Aspekte der Gesundheit und der Krankheit, war. Dieses Vorhaben bedingte seinerseits den Anspruch, neue thematische Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die sich auf das neue technische, berufliche und institutionelle Profil der gegenwärtigen Medizin, auf die Veränderungen und die neuen Orientierungen der rumänischen Medizin als Folge der in den Partei- und Staatsdokumenten getroffenen Maßnahmen, auf das neue Gesundheitswesengesetz im sozialistischen Rumänien beziehen.

In der vorliegenden Arbeit wurde der Behandlung der Vorbeugungsmedizin der menschlichen Gemeinschaften eine größere Aufmerksamkeit geschenkt, wobei man dieses Mal mehr auf die Begriffe der Gesundheit als Gemenischaftszustand und auf die Handlungsrichtungen beharrte, die von hier aus für das ganze medizinische und soziale System erfolgten. Einen besonderen Platz nehmen die bemerkenswerten Leistungen der rumänischen Medizin der letzten Jahre als auch die Fragen ein, die alnäßlich der Erörterung der Aufgaben, die der XII.Parteitag unserem ganzen ärzthlichen Apparat, allen Kräften mit ärztlichen und sanitären Verantwortlichkeiten fkr die Sicherung und Entwicklung der Gesundheit und des allgemeinen Wohlstands der Gesellschaftsmitglieder gestellt wurden, aufgeworfen waren.

Um alle diese Aspekte erfassen zu können, wurde der bibliographische Anhang erweitert ; der neuen Auflage wurde noch eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten beigefügt, die von den Verfassern in der Periode zwischen den beiden Auflagen einstudiert oder verfaßt wurden.

Der Aufbau der den vorgenommenen Zwecke untergeordneten Arbeit umfaßt einen reichen Stoff, der in zehn Kapiteln behandelt wurde ; jedes Kapitel behandelt vom theoretischen und methodologischen Standpunkt aus — mit Hilfe vieler Veranschaulichungen und Vergleiche — die Hauptkoordinaten, die die sozialmedizinische Realität in der Gegenwart, die grundlegenden Wechselbeziehungen zwischen dem sozialen Fortschritt und den Erfordernissen des Schutzes der gemeinschaftlichen Gesundheit, die gegenwärtig notwendigen Maßnahmen zur Entwicklung einer neuen, für den Fortschritt aufgeschlossenen Struktur des gegenwärtigen medizinischen Systems, definieren.

*Der erste Teil der Arbeit* (umfaßt die ersten drei Kapitel der Arbeit : „Soziologie und Medizin der menschlichen Gemeinschaften", „Der Bereich und die Funktionen der Medizinsoziologie der menschlichen Gemeinschaften" und „Das sozial-kulturelle Reagieren auf dem Gebiet der Gesundheit und der Krankheit") behandelt die spezifischen Aspekte der Annäherung der Soziologie an die Medizin der menschlichen Gemeinschaften ; es werden die historischen Bedingungen des Entstehens dieser neuen sozial-medizinischen Disziplin eingeschätzt, anfangend mit



Scanned with OKEN Scanner

der zweiten Hälfte des 19.Jahrhunderts, also in der Zeit, in der sich der Begriff der Masse, der Menge, der Gemeinschaft festigt. In diesem Sinne wird es unterstrichen, daß der Übergang vom Begriff des Individuums zu dem der Gemeinschaft in der erwähnten Periode ales eine entscheidende Bedingung für das Verstehen des sozialen Charakters der von der industriellen Zivilisation bedingten morbiden Prozesse erscheint. Indem im weiteren das soziale Ausmaß der Medizin seit dem Anfang des 20.Jahrhunderts zusammen mit der Notwendigkeit der Integrierung der Gesundheits- und Krankheitserscheinungen in einen gemeinsamen Kontext behandelt werden, unterstreicht die Arbeit den Fortschritt der Medizinwissenschaften auf dem Gebiet der Epidemiologie der chronischen und ansteckenden Krankheiten, den planmäßigen Charakter der Aspekte der öffentlichen Gesundheit und die gegenwärtigen Tendenzen der sozialen Institutionalisierung der ärztlichen Tätigkeit. Einen besonderen Platz nimmt die Erörterung des Begriffs Stress in der Biologie und den Geselschaftswissenschaften ein, die im großen Maße zu der Konzeption beigetragen hat, nach der die Krankheiten unterschiedliche soziale Ätiologien besitzen und in ihrem Wesen Erscheinungen des sozialen und kulturellen Verhaltens sind. Die Medizin mußte sich den sozialen Veränderungen der Epoche anpassen und wurde gezwungen, die Ausschließlichkeit der traditionellen Standpunkte betreffs der Gesundheit und der Krandkheit zu überwinden, um sich schließlich eine einheitliche Auffassung von dem Gegenstand ihres Studiums zu erarbeiten. Die Medizinsoziologie — erschienen als Wissenschaft mit eigenem, erst in den letzten zwanzig Jahren ausgebildeten Statut aber mit langjährigen Traditionen in der Geschichte der wissenschaftlichen Erkenntnis — gestattete (durch ihre kognitiven, erläuternden, kritischen und prognostischen Funktionen) das Verstehen des Biologischen und des Sozialen je nach den sozialen Strukturen und der gemeinschaftlischen Umgebung und veranlaßte den Arzt zu verstehen, daß der Mensch nicht nur eine natürliche biologische Entität, sondern in erster Linie eine Gesamtheit von sozialen Verhältnissen ist. Indem die Arbeit den Gegenstand und die Funktionen der Medizin der menschlichen Gemeinschaften im Verhältnis zu dem thematischen und angewandten Bereich der Soziologie definiert, entwickelt sie einen kurzen geschichtlichen Exkurs in dem Bereich des sozial-kulturellen Verhaltens gegenüber der Gesundheit und der Krankheit, indem sie der Reihe nach die Hauptetappen der Medizin behandelt, bis zu ihrer Gründung als eine wahre Wissenschaft der sozialen Tätigkeit, hineingezogen in den sanitären Schutz der sozialen Umgebung .

*Der zweite Teil der Arbeit* (mit den folgenden zwei Kapiteln: „Die Eingliederung der Vorbeugungsmedizin in die sozial-ökonomischen Prozesse. Die Orientierung auf Gemeinschaften“ und „Die Vorbeugungsmedizin der menschlichen Gemeinschaften“) nimmt sich die Behandlung der Hauptaspekte im Zusammenhang mit dem physischen, psychischen und sozialen Wohlstand, der menschlischen Gemeinschaften und den sozialen Erfordernissen des medizinischen Vorbeugungsaktes vor. Ausgehend davon, daß die Gesundheit ein soziales Problem ist, sowohl durch die Ursachen als auch durch ihre den sozial-ökonomischen Fortschritt ermöglischenden Auswirkungen, fußt diese Arbeit auf den Gedanken, daß die gesamte Medizin der Gegenwart die Struktur, die Funktionen, die Mechanismen und die Dynamik der sozialen Prozesse, die tiefgreifenden Änderungen in der sozioberuflischen Schichten der Bevölkerung immer mehr berücksichtigen muß und vor allem die Tatsache, daß die Probleme der Vorbeugung von Krankheiten nicht nur einen rein beruflichen, sondern eher einen sozialen Charakter haben. Das Begreifen



Scanned with OKEN Scanner

dieser bedeutenden Tatsache schließt sich der weit verbreiteten Tuffasung an, laut deren die medizinische Tätigkeit sowohl in ihrem sozialen Aspekt der betreffenden Dienstleistungen als auch in ihren Beitrag zur Verbesserung des Verhältnisses zwischen Gesundheit-Arbeit-Produktivität betrachtet werden muß. Die Gewährung der integrierten ärztlichen Fürsorge mit Berücksichtigung auf den Grad der Interdependenz zwischen den verschiedenen Zuständen innerhalb der gesundheitlichen Dienstleistungen und den Erfordernissen der Pflegeverbraucher schließt auch eine Reihe von Problemen im Zusammenhang mit dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient, mit dem vernünftigen Zeitgebrauch der Ärzte, den vielen Arten von Pflege, der Rolle der Assistenz in manchen Zeitabschnitten, der Herabsetzung der Einlieferungsdauer, dem Zuwachs der Wirksamkeit der ambulatorischen Behandlung usw. ein. Der Gedanke, daß heilen, aber insbersondere eine Krankheit vorbeugen durch die Reduzierung oder Beseitigung der möglichen Auswirkungen auf die Gemeinschaft eigentlich der Familie und der Produktion die Gesellschaftsmitglieder zurückzugeben heißt, kann auch abhängig von der Auffassung verstanden werden, laut deren der Wert des menschlichen Lebens auch im Zusammenhang mit der Produktion ist, die dieses im Konnex der Vorbeugungsstrategie der betreffenden Gesellschaft darstellt.

Hinsichtlich der Erfüllung dieses Zweckes ist die Medizin berufen, mit neuen hauptsächlich vorbeugenden und verhütenden Dienstleistungen zu antworten, zwecks Zufriedenstellung einer Vielfalt von Bedürfnissen, im Einklang mit den Eigenheiten des technisch-wirtschaftlichen und sozialen Fortschritts und der wachsenden Forderungen der Bevölkerung. Eine bedeutende Rolle wird in diesem Teil der Arbeit der Notwendigkeit der Organisierung einiger Zentren für Pflege der Gesundheit und Krankheit, sowie der überfachlichen Zentren von Dyagnose und Behandlung zugeschrieben, wobei die Tatsache hervorgestrichen wird, daß die Gesundheitspflege im Rahmen einer integrierten Medizin, die gut organisiert und wirksam ist, wichtige Beiträge zur Volkswirtschaft und zur Funktionierung der Production und Gesellschaft unter guten Bedingungen leistet.

Im Rahmen dieser Beiden Kapiteln der Arbeit werden die Probleme und Grundbergriffe behandelt, die in dem Studium der menschlichen Gemeinschaft inbegriffen sind, wobei gleichzeitig Elemente der Soziologie der Sexualität und des demographischen Verhaltens untersucht werden. Indem die Verhältnisse zwischen der Entwicklung der Gesellschaft, dem demographischen Verhalten und den sozialen Vorschriften der Sexualität als intime Ursache eines jeden Familienverhaltens analysiert werden, stellt die Arbeit diese Dimension des Lebens des Individuums als Bestandteil eines allgemeinen Verhaltens in biophysischen, affektiven, psychischen, moralen und sozialen Bereichen dar. Als getrennte Teile desselben Kapitels erscheinen die Behandlung der Kontrollmöglichkeiten der demographischen Indikatoren und des sozialen globalen Bereiches der Medizin von Menschengemeinschaften in völligem Einklang mit der Auffassung der Autoren, laut denen eine symptomatische Behandlung der Krankheit nicht genügend ist, da sie einen betonten sozialen Charakter aufweist, der eine kausale Behandlungsweise beansprucht.

*Der dritte Teil der Arbeit* (mit den Kapiteln : „Soziologische Kriterien in der Behandlung des Gesundheitszustandes und des Krankheitszustandes der Menschengemeinschaften", „Die sozialen Charaktere der Krankheiten", „Objekte und Vorzüge in der Ausarbeitung der Strategien der Vorbeugungsmedizin" und „Die Soziologie des Krankenhauses als Institution der ärztlichen-sozialen Kontrolle") stellt die Rolle der Kontrollsysteme für die Beibehaltung und Entwicklung der



Scanned with OKEN Scanner

Gesundheit der Bevölkerung dar, worbei anhand der vergleichenden Methoden die verschiedenen Funktionen und Strukturen der ärztlichen Systeme aus der gegenwärtigen Welt dargeboten werden. Es werden ebenfalls die verschiedensten soziologischen Auffassungen über Krankheitsbegriffe, die logische und methodologische Bedeutung dieses Begriffes, die Dimensionen der Gesundheit als normaler Zustand und die normativ-kulturellen Standarde der Gesellschaft behandelt. Eine bedeutende Rolle nimmt innerhalb dieser Kapitel die Behandlung der Kriterien hinsichtlich der soziologischen Perspektive des Normalen und Pathologischen, sowie der Parameter (biologische, psychologische und soziale), die für den Gesundheitszustand ausschlaggebend sind, ein. Die Vorstellung der verschiedenen Theorien und Auffassungen über die „normative" Verwertung der Einflüsse der biologischen, ökologischen, soziokulturellen Umwelt gestattet im Überblick ein günstigeres Verständnis des Sozialen in der Medizin und der Kultur der Gesundheit, aufgefaßt als Bestandteil der Ideale, der Zwecke und Hoffnungen auf Wohlstand der sozialen Gemeinschaft. Wenn in diesem Kontext dem Begriff der „multifaktoriellen Ätiologie" eine tiefe soziologische Bedeutung gewährt wird und wenn er in direktem Verhältnis zu der Notwendigkeit der Verwendung der epidemiologischen Methode in der Medizin und zu dem Studium der differenziellen Erkrankungsziffer steht, so behandeln die Autoren ebenfalls die Rolle der verschiedenen Variabeln der sozialen Umwelt in der Bedingung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, sowohl diejenigen, die unmittelbar von den persönlichen Kennzeichen des Individuums abhängen, als auch vor allem die von der Art und Weise oder dem „Stil" des Lebens einer Bevölkerung abhängen. Die vergleichende Darstellung der ärztlichen Systeme der Gegenwart gestattet den Autoren einige der Disfunktionen und aktuellen Gegensätze der ärztlich-sozialen Tätigkeit hervorzuheben und einige künftige Tendenzen der wissenschaftlichen Leitung und Organisierung der Gesundheit und der strategischen Programme in der Entwicklung der Bedingung des Wohlstandes der Menschengemeinschaft zu betonen. Diese Wertschätzungen kreisen um die Auffassung des Krankenhauses als ärztlich-soziale Kontrollinstitution, deren geschichtliche Entwicklung von den fortegeschrittensten Tendenzen der ärztlichen Wissenschaft und Technik beglietet wurden. In der Arbeit werden der Reihe nach die wichtigsten strukturellen Kennzeichen des gegenwärtigen Krankenhauses analysiert, seine förmlichen und unförmlichen Aspekte, die psychosoziologischen Koordonaten der Einlieferung des Kranken, kennzeichnende Elemente für den Status und die Rolle des Arztes und des Patienten und es werden Bezüge auf die Notwendigkeit der Integrierung der medizinischen und sozialen Tätigkeiten in einem gut strukturierten und aufgeteilten institutionellen Ensemble gemacht.

*Das letzte Kapitel der Arbeit* („Die Methodologie der Forschungen im Bereich der Medizin der Menschengemeinschaften") bringt eine Reihe von eigenartigen Elementen gegenüber der ersten Ausgabe, die vor allem in der Präsentierung des informationellen Systems materialisiert werden, das Daten über die Verhältnisse zwischen Gesundheit und soziale Probleme liefert und über die Rolle der sozialen Indikatoren bei der Planung der Leitungs- und Organisierungstätigkeit der Gesundheit. Indem die Bedeutung der soziologischen Methodologie zur wissenschaftlichen Grundlage der Gesundheit von Menschengemeinschaften hervorgehoben wird, analysiert man die wichtigsten zwischendisziplinären Bedingungen de ärztlich-sozialen Bereichs, die Hauptregeln der Aufstellung von soziologischer Erkenntnis, die wichtigsten Methoden und soziologischen Techniken und die verschiedenen zusätzlichen Methodologien, wobei sowohl ihr Wert als auch ihre Grenzen geschätzt werden. Die letzten in der Arbeit behandelten Probleme beschäftigen sich mit der Rolle der gegenwärtigen Forschungen in dem Bereich der Vorbeugungsmedizin der



Scanned with OKEN Scanner

Menschengemeinschaften und dem Wesen der bedeutendsten Kundgebungen und wissenchaftlichen Versammlungen auf internationaler Ebene, die den Forschungsproblemen in der Soziologie der Medizin und denjenigen mit rechtlichem Gehalt und Anwendung auf das Spezifische des ärztlichen Aktes gewidmet sind. Die Arbeit endet mit einer sythetischen Darstellung der Hauptaspekte der Forscher im Bereich der Soziologie der Medizin in Rumänien.

Somit ergänzt die zweite Ausgabe der Arbeit „Soziologie der Medizin" die in der ersten Ausgabe unternommene Analyse mit zusätzlichen Elementen und neuen Auskünften, wobei sie sich auch diesmal vornimmt, einen Leitfaden theoretischen und praklischen Wertes darzustellen, ein orientatives Arbeitsinstrument in der Tätigkeit der verschiedenen Kategorien von Fachleuten im Bereich der ärztlichen und sozialen Wissenschaften und von Studenten.

Scanned with OKEN Scanner

# РЕЗЮМЕ

Быстрая распродажа первого издания работы «Социология медицины», написанной в 1976 г. профессором-доктором Григоре Попеску, заведующим департаментом социологии медицины Медико-фармацевтического Института г. Бухареста и доктором Сорин Рэдулеску из Бухарестского Университета, доказывающая большой интерес читающей публики, а также и медицинских кадров к социальным проблемам, с которыми сталкивается медицина преимущественно в междисциплинной области, — потребовала подготовки выпуска нового, пересмотренного и дополненного издания.

Система здравоохранения, в рамках общих требований коллектива, развиваясь в прямой зависимости от политических и экономических условий жизни, а также и от усовершенствования технических средств, от общих культурных стандартов, в связи со структурой систем общественных ценностей, приобретает политический характер, который требует динамизма, правильного выбора и предвидения, а физическое, психическое и социальное благосостояние человеческого общества мы рассматриваем как один из главных факторов социального и экономического порядка.

В этом смысле мы и приступаем к изучению идеологии профессии врача, которая придает медицине характерную и незаменимую роль в обществе, роль находящуюся на первом плане, кажущуюся несокрушимой: предупреждать болезни, защищать здоровье человеческого общества, видеть людейдо их заболевания, а не действовать лишь тогда, когда они уже заболели и когда, в некоторых случаях, уже ничего нельзя сделать. На нынешнем этапе право на здоровье каждого человека делает медицину ответственной за принятие на себя социальной обязанности не только лечить, но и предупреждать заболевания,и, при помощи правильного ухода, восстанавливать в человеке чувство собственного достоинства, на которое он имеет полное право.

Происшедшие в период между этими двумя изданиями данного труда глубокие сдвиги и изменения в области медицины, а также и в области гуманитарно-общественных наук, комплексная проблематика профилактики как с технико-методологической и организационной точек врения, так и в связи с соотношениями между процессом медицинского образования, практической деятельностью и основными и прикладными социально-медицинскими исследованиями, изменили подход и разрешение понятий о состоянии здоровья и болезни человеческого общества и заставили разработать ряд новых стратегий и решений в области профилактической медицины в рамках санитарной политики.



Scanned with OKEN Scanner

Структурное интегрирование здравоохранения в общую систему «заботы» об общественном благосостоянии является в настоящее время тем более обязательным в виду того, что все компоненты общего благосостояния не являются независимыми друг от друга или автономными, а взаимоопределяют и влияют друг на друга. Соотношение между состоянием здоровья и человеческим обществом является важным показателем для оценки общего благосостояния.

В последние годы, новые ориентации ВОЗ, разработанные в г. Алма-Ата в 1979 г. уделяют особое внимание ряду структурных изменений в отношений приоритетных направлений медицинской практики в сторону подлинной «эры политической науки поддержания состояния здоровья населения». Принятые рекомендации обогащают медицину новыми воззрениями и, одновременно с этим, изменяют и подход к новым тенденциям медицинской идеологии, лежащим в основе этой новой эры, целью которой является улучшение качества жизни человека и пердставление каждому жителью нашей планеты права жить в конце этого века, пользуясь как можно лучшим состоянием здоровья.

Поэтому здравоохранение приобретает все более и более выраженный характер коллективного труда, выходящего за пределы медицинской профессии, причем его автономия проявляется менее индивидуальным и более коллективным образом в пределах медицинской организационной структуры.

В Румынии, новая ориентировка медицины приобрела новую юридическую форму в 1978 г., когда был принят «Закон об обеспечении общественного здоровья», в котором указываются организационные, общественно-политические мероприятия для обеспечения здравоохранения населения, усовершенствование средств и методов по предупреждению, устранению, ограничению и нейтрализации факторов риска, обусловливающих заболеваемость, в целях полного проявления способности человека к труду и творчеству.

Действительно, медицинская система претерпевает процесс усиленного роста и внутренней дифференциации, переходя от простого функционального состояния к сложному, в котором ее функции осваивают новые социальные цели. Тенденции к «индустриализации медицины и медицинской деятельности», основанные на все более широком распространении профессионализации, на развертывании медицинской деятельности по принципу «много» и межпредметного интегрирования, все более и более очевидно вынуждают создавать соотношения типа операционной бригады-коллектива. Качественные изменения и количественное распространение медицинских и социальных сведений, возрастание требования об уходе со стороны населения обусловливают появление новых обязанностей в содержании медицинского обслуживания в отношении медицины здоровья человека, роль которых состоит в участии в процессе улучшения качества жизни.

В более широких социальных масштабах, все более и более подчеркнутое соотношение между «идеальным» здоровьем и остальными целями и стремлениями человеческого общества, доказало существование все более тесной зависимости между медициной и социальным прогрессом человеческого общества и свойство этого соотношения обязательно способствовать физическому, психическому и социальному благосостоянию человеческого общества. С другой стороны, социально-экономическая динамика, научно-технические достижения, расширение понятия о выздоровлении от понятия о простом биологическом восстановлении функций организма до понятия о социальной рекуперации бывшено больного и, одновременно с этим, и повышение чувства солидарности и ответственности всего коллектива в отношении здоровья, также вызвали появление бесчисленных изменений в подходе к вопросу здра-



Scanned with OKEN Scanner

воохранения, появление новых структур, новой роли и медицинской ответственности, и все это обусловило разработку новых социологических перспектив в отношении коллективных понятий о здоровье и болезни.

Разработка нового издания «Социологии медицины» имеет целью дополнить и расширить теоретическую модель, представленную в первом издании, учитывая новые исторические условия современной медицинской практики и рассматривая многочисленные вопросы ее содержания и ориентировки, организационные методы и необходимые материальные условия медицинского обслуживания, отбора, подготовки и использования медперсонала, а также и совокупность мероприятий, принятых государством в этом направлении.

Поэтому, первая тематика первого издания была расширена, были добавлены новые разделы и подразделы, главной целью которых является выявление современной ориентировки медицины по направлению к коллективу, к коллективным аспектам здоровья и болезни. Эта цель обусловила, в свою очередь, необходимость включить ряд тематических аспектов, связанных с новым техническим, профессиональным и институционным профилем современной медицины, с изменениями и новыми направлениями румынской медицины вследствие ряда мероприятий, разработанных в партийных и государственных документах и в новом санитарном Законе социалистической Румынии.

В данной работе особое место уделяется обсуждению аспектов в области профилактической медицины человеческого общества, более настаивая на этот раз на понятиях, связанных со здоровьем как с коллективным состоянием, а также и на исходящих из этого положений направлений действий во всей медицинской и социальной системе. Особое место отведено значительным достижениям румынской медицины за последние годы, а также и вопросам, выдвигаемым в связи с обсуждением заданий поставленных XII Съездом Партии перед румынским медицинским и парамедицинским аппаратом, перед всеми кадрами, ведущими ответственную медицинскую и санитарную работу по обеспечению и поддержанию состояния здоровья и общего благосостояния членов человеческого общества.

Безусловно, библиографическое приложение этой работы было расширено для того, чтобы можно было включить в него все вышеуказанные аспекты, так как в промежутке между обоими изданиями добавилось еще несколько работ, просмотренных или написанных лично авторами.

Соответствуя поставленным целям, структура монографии охватывает обширный материал, разделенный на 10 глав, причем каждая из них посвящена с теоретической и методологической точек зрения (при помощи большого числа примеров и сравнений), главным координатам, определяющим современную социальную и медицинскую действительность, основные соотношения между социальным прогрессом и требованиями защиты коллективного здоровья, необходимые в настоящее время мероприятия для создания обновленной, восприимчивой к прогрессу современной медицинской системы.

*Первая часть работы* (в которую входят первые три главы, а именно: «Социология и медицина человеческих коллективов», «Сфера и функции социологии медицины человеческих коллективов» и «Культурно-общественные реакции в области здоровья и болезни») посвящена ряду специфических аспектов совпадения социологии и медицины человеческих коллективов, оценивая исторические условия создания этой новой социально-медицинской дисциплины, начиная со второй половины XIX века, когда все более и более укрепляется понятие о массе, о множестве людей, о



Scanned with OKEN Scanner

коллективе. В этом отношении подчеркивается, что в вышеуказанном периоде переход от понятия об индивидууме к понятию о коллективе являлся решающим условием для понимания социального характера болезненных процессов, порождаемых индустриальной цивилизацией. Далее, приступая к описанию социального объема медицины в начале XX века, одновременно с необходимостью интегрирования явлений здоровья и болезни в коллективный контекст, в работе отмечаются достижения медицинских наук в области эпидемиологии хронических и инфекционных заболеваний, плановый характер аспектов общественного здоровья и современные тенденции к социальной институционализации медицинской деятельности. Особое место уделяется обсуждению понятия о стрессе в области биологических и общественных наук, причем это понятие в большой мере способствует выработке понятия, согласно которому болезни обладают различной социальной этиологией и, в сущности, представляют собой явления социального и культурного поведения людей. Из-за необходимости приспособливаться к социальным изменениям времени, медицина была вынуждена отойти от исключительно традиционных точек зрения относительно здоровья и болезни и наметить себе, в конечном итоге, единое воззрение в связи со своим предметом изучения. Принимая решающее участие в этом процессе, социология медицины, появившаяся в качестве науки с уже созданным уставом в течение лишь двух последних десятилетий, но основанная на многолетней традиции в истории научных знаний — предоставила возможность (благодаря своим функциям, связанным с распознанием, объяснением, критикой, предвидением и прогнозом заболеваний) понимать биологическую и социальную стороны вопроса, в зависимости от социальных структур и от коллективной среды, обязывая врача понять, что человеческая личность представляет собой не только естественную биологическую сущность, но и в первую очередь, совокупность социальных соотношений. Определяя предмет и функцию медицины человеческих коллективов в соотношении с тематической и прикладной сферой социологической науки, в работе дается краткий исторический очерк культурно-общественных реакций в отношении здоровья и болезни, рассматривая, по очереди, главные этапы развития медицины вплоть до ее превращения в настоящую науку социального действия, принимающей участие в санитарной защите социальной среды.

*Вторая часть работы* (состоящая из следующих двух глав: «Интегрирование профилактической медицины в экономико-социальные процессы. Ориентировка на коллектив» и «Профилактическая медицина человеческих коллективов») имеет в целью обсуждение главных аспектов в связи с физическим, психическим и социальным благосостоянием человеческих коллективов и с социальными запросами профилактической медицинской деятельности. Ввиду того, что здоровье является общественным вопросом как из-за его причин, так и из-за результатов, благодаря которым оно поддерживает и усиливает социально-экономический прогресс общества, эта часть работы сосредоточена на мысли о том, что вся современная медицина должна все более и более принимать во внимание структуру, функции, механизмы и динамику социальных процессов, широкие сдвиги в области социальных и профессиональных структур населения, и, в особенности, то, что вопросы предупреждения заболеваний имеют не только строго профессиональный, но и, прежде всего, социальных характер. Понимание значения этого положения присоединяется к весьма обширной концепции о том, что медицинсукю деятельность следует рассматривать как в связи с социальным характером ее действий, так и в связи с ее вкладом в улучшение соотношений между здоровьем-трудом-производительностью труда. Осуществление интегрированного медицинского обслуживания, имеющего в виду степень взаимозависимости между различными состояниями в системе медицинской службы и нуждами в уходе населения, обусловливает и возникновение ряда проблем в связи с отношениями между врачом



Scanned with OKEN Scanner

и больным, с рациональным использованием рабочего времени врачей, с обращаемостью, населения в отношении различного типа медицинских услуг, с важностью медицинского обслуживания в определенные периоды времени, с сокращением сроков госпитализации, с повышением эффективности амбулаторного лечения и т. д. Мысль о том, что излечить, и, в особенности — предупредить заболевание, ограничивая или устраняя его возможные последствия, отражающиеся на коллективе, фактически означает способствовать возвращению в семью и на производство членов общества, эта идея может быть понята и в зависимости от концепции, согласно которой ценность человеческой жизни в сущности зависит от представляемого ею производства.

Для осуществления этой цели медицина призвана оказывать новые услуги, ориентированные главным образом профилактически для удовлетвотрения широкого ряда нужд, согласно особенностям экономико-технического и социального прогресса и повышенным тербованиям населения. В этой части работы важная роль уделяется необходимости организовать центры по уходу за здоровыми и больными людьми а также и центры для постановки сверхспециализированного диагноза и лечения, особенно подчеркивая то, что уход за здоровьем в рамках интегрированной, хорошо организованной и действующей медицины вносит значительный вклад в экономику страны и в развертывание в найлучших условиях производства, и в жизнь человеческого общества.

В этих двух главах работы разрабатываются основные вопросы и понятия, принимающие участие в изучении человеческих коллективов, и обсуждаются одновременно с этим и элементы социологии сексуальности и демографических явлений. Анализируя соотношения между развитием общества, демографическими аспектами и социальным регулированием сексуальности как внутреннего субстрата любой семейной жизни, в работе излагается эта сторона индивидуальной жизни как составная часть более широкого, общего образа жизни в следующих сферах: био-физической, эмоциональной, психической, моральной и социальной. Отдельной частью этих же глав является обсуждение способов проверки демографических показателей, а такж и общего социального поля медицины человеческих коллективов, и это вполне совпае дает с точкой зрения авторов о том, что симптоматическое лечение заболевания является недостаточным, так как заболевания имеют выраженный социальный характер, требующий прибегать к причинному подходу к данному вопросу.

*Третья часть работы* (состоящая из глав «Социологичэские критерии при изучении состояния здоровья и болезни человеческих коллективов», «Социальный характер заболеваний,» «Цели и приоритеты при выработке стратегий профилактической медицины» и «Социологии оольницы как учреждения для общественно-медицинского контроля») более подробно излагает роль контрольных систем, установленных в целях сохранения и укрепления здоровья населения и для этого, пользуясь сравнительным методом, описываются различные функции и структуры медицинских систем в свете современных достижений. Излагаются также и различные социологические воззрения в связи с понятием о болезни, логичное и методологическое значение этого понятия, пределы состояния здоровья как нормального состояния и культурно нормативные стандарты общества. Особая роль отводится структуре этих глав, состоящей из обсуждения критериев социологических перспектив в отношении нормального и патологического состояний, а также и с рядом параметров (биологических, психологических и социальных), определяющих состояние здоровья. Изложение различных теорий и воззрений в области «нормального» освоения влияния, оказываемого биологической, экологической и социально-культурной средой, дает возможность, в общем, более адекватно понимать социальный элемент в медицине и в куль-



Scanned with OKEN Scanner

туре здоровья, причем подобное понятие представляет собой неотъемлемую часть совокупности идеалов, целей и стремлений к благосостоянию общественных коллективов. Придавая в этом контексте понятию о «многофакторной этиологии» глубокое социологическое значение и сопоставляя это понятие непосредственно с важностью применения эпидемиологического метода в медицине и с изучением дифференциальной заболеваемости, авторы излагают и роль различных переменных величин социальной среды в обусловливании состояния здоровья населения, и это в отношении величин находящихся в непосредственной связи с индивидуальными личными особенностями, а также, и, главным образом, тех, которые зависят от образа или «стиля» жизни населения. Сравнительное описание современных медицинских систем позволяет авторам отметить некоторые актуальные дисфункции и противоречия в общественно-медицинской деятельности и выявить ряд будущих тенденций в области руководства и научной организации здравоохранения и стратегических программ по развитию благосостояния человеческих коллективов. Подобная оценка направлена, в частности, на рассмотрение больницы как учреждения общественно-медицинского контроля, историческая эволюция которого сопровождалась наиболее прогрессивными стремлениями, медицинской науки и техники. В работе поочередно анализируются главные структурные особенности современной больницы, ее формальные и неформальные аспекты, психо-социологические координаты госпитализации больного, характерные элементы устава и роли врача и больного: отмечается также и необходимость интегрирования медицинской и общественной деятельности в одно хорошо построенное и распределенное по отделам, целое, с функциональной точки зрения.

*Последняя глава работы* («Методология исследований в области медицины человеческих коллективов») вносит ряд неопубликованных в первом издании элементов, состоящих, главным образом, из описания информационной системы, предоставляющей данные в связи с соотношениями между состоянием здоровья и социальными проблемами, а также и с ролью социальных показателей в планировании деятельности по руководству и организации здравоохранения. Выявляется значение социологической методологии для научного обоснования состояния здоровья человеческих коллективов, анализируются главные междисциплинарные условия в общественно-медицинской сфере, главные социологические методы и технические приемы и различные дополнительные методологии, оценивается их значение и пределы. Последние страницы данной работы посвящены роли актуальных исследований в области профилактической медицины человеческих коллективов и сущности наиболее важных международных научных конференций и симпозиумов, посвященных проблемам исследований в области социологии медицины, а также имеющих и юридическое содержание, но применяемых в специфических условиях медицинской деятельности. Работа заканчивается обобщенным изложением основных аспектов исследований в области социальной медицины в Румынии.

Таким образом, II издание монографии «Социология медицины» пополняет добавочными элементами и новой информацией предпринятый в I издании анализа, ставя и на этот раз перед собой цель составить справочник, имеющий теоретическую и практическую ценность, ориентировочное орудие труда для деятельности специалистов различных категорий, работающих в области медицинских и общественных наук, а также и студентов.

Scanned with OKEN Scanner

Redactor de carte: *Dr. N. Evian*
Tehnoredactor: *Violanda Leordeanu*

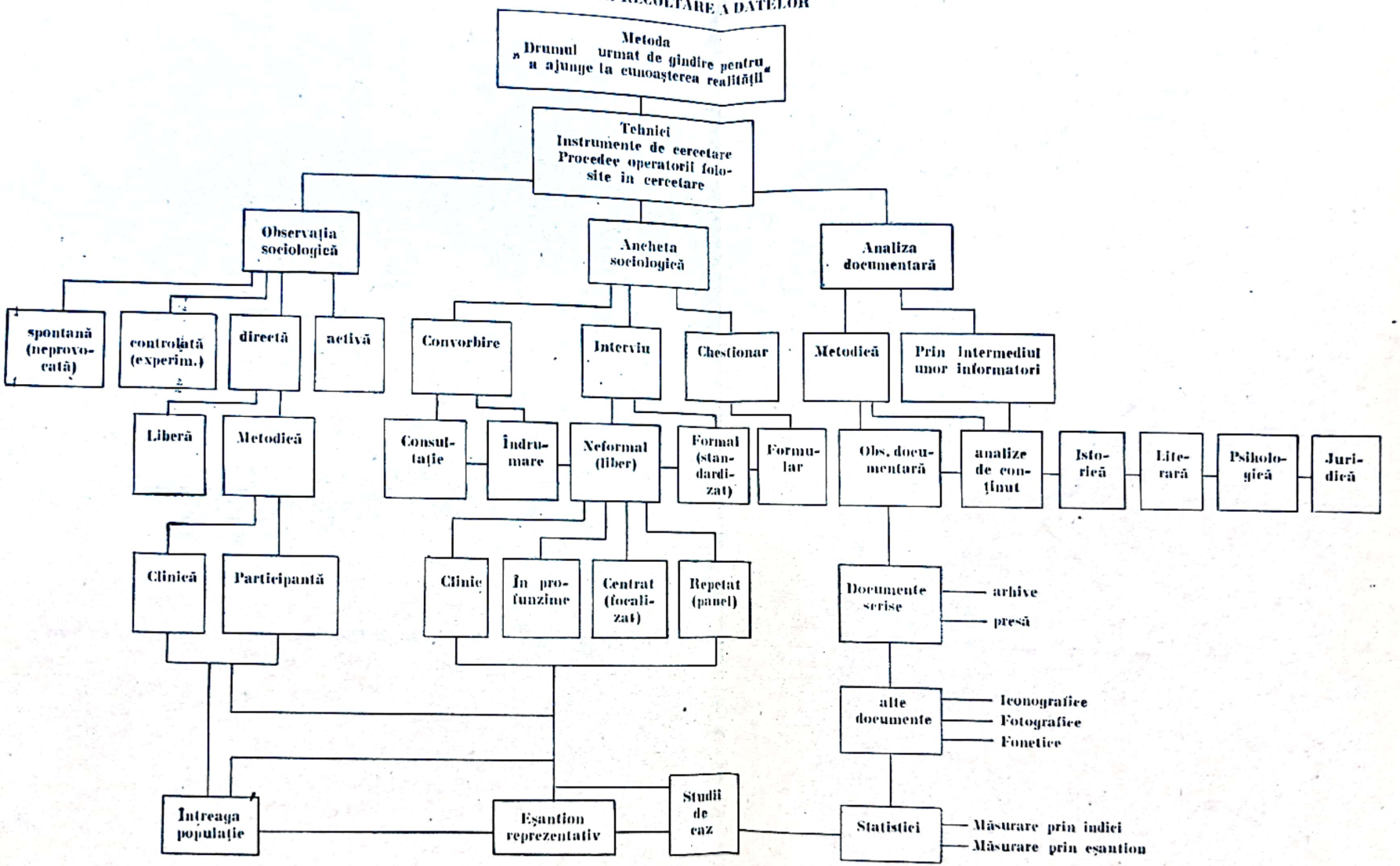
Bun de tipar: 12-XI-1981
Formatul: 16/70×100
Hîrtie: Scris I A 70×100/56
Coli tipar: 29

c. 167. I. P. Informația
Str. Brezoianu nr. 23-25
București

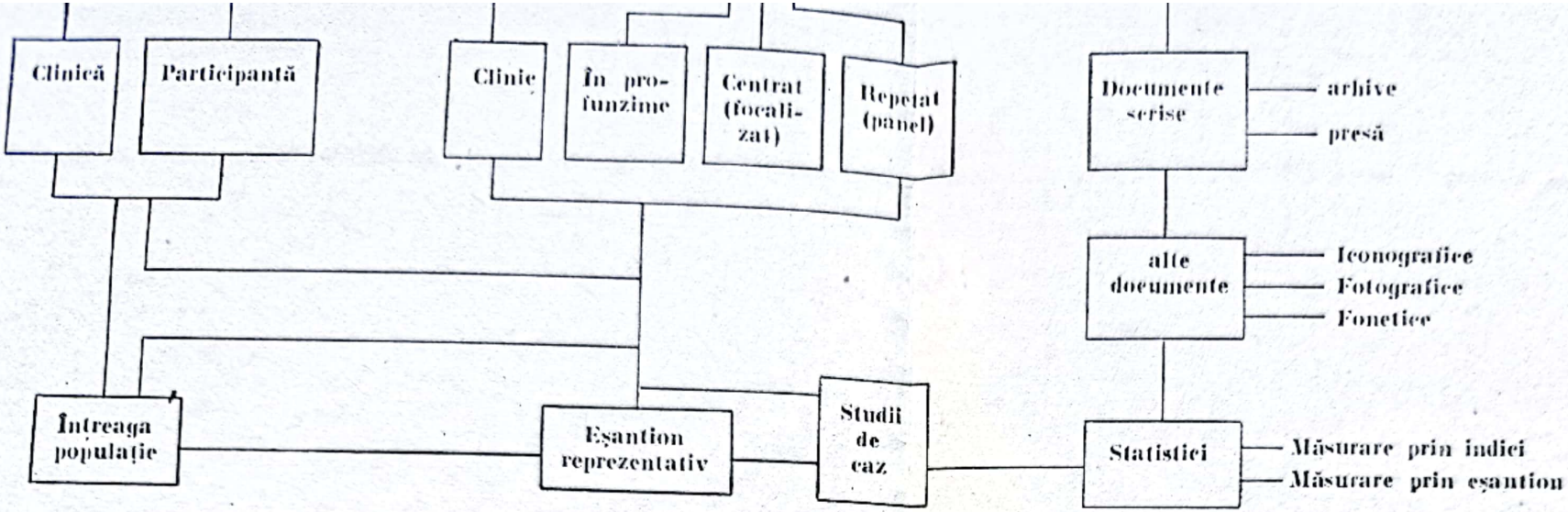
Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

## METODE ȘI TEHNICI DE RECOLTARE A DATELOR



Scanned with OKEN Scanner



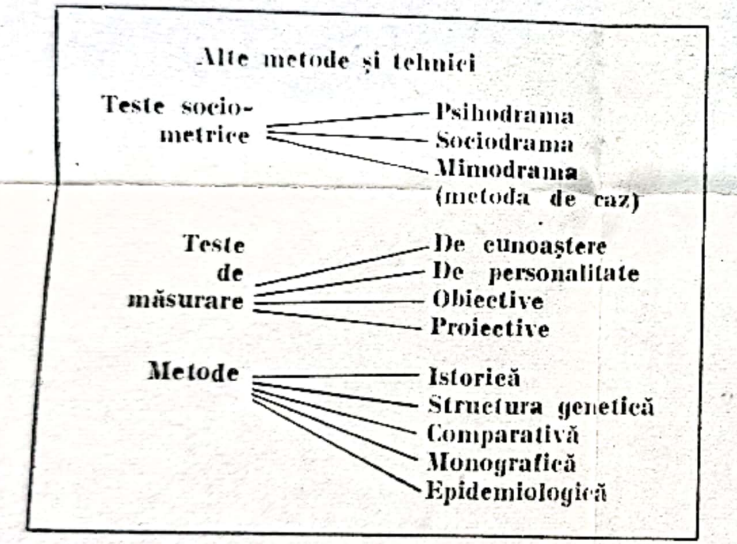
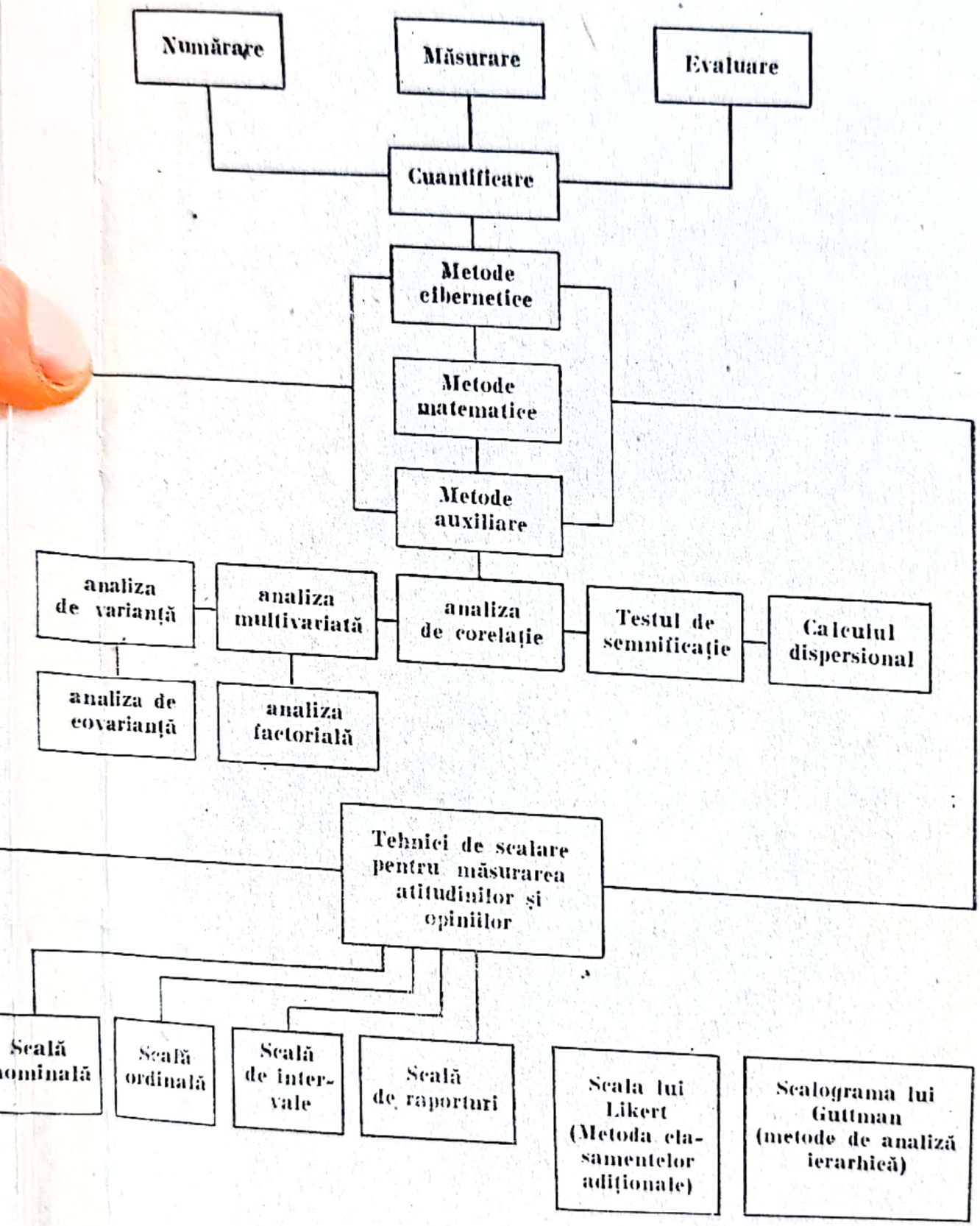




Fig. 36 — Metode și tehnici de investigație sociologică.

## METODE ȘI TEHNICI DE PRELUCRARE A DATELOR




Alte metode și tehnici

Modelare
Tipologizare
Simulare
Cercetare operațională